Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2014–2015

29 689 Herziening Zorgstelsel

Nr. 642 **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 4 augustus 2015

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 18 juni 2015 overleg gevoerd met Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over**pakketmaatregelen**.

(De volledige agenda is opgenomen aan het einde van het verslag)

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Lodders

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Teunissen

kst-29689-642
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2015

Voorzitter: Lodders
Griffier: Teunissen

Aanwezig zijn tien leden der Kamer, te weten: Bouwmeester, Bruins Slot, Pia Dijkstra, Dik-Faber, Klever, Leijten, Lodders, Rutte, Potters en Van der Staaij,

en Minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, die vergezeld is van enkele ambtenaren van haar ministerie.

Aanvang 14.00 uur.

De **voorzitter**: Ik heet de Minister, de ambtelijke ondersteuning, de Kamerleden, de mensen op de publieke tribune en de mensen die dit debat op een andere manier volgen hartelijk welkom bij het algemeen overleg over de pakketmaatregelen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Ik ga ervan uit dat een aantal Kamerleden nog zal binnenlopen, maar omwille van de tijd zou ik nu al graag beginnen. Dit algemeen overleg staat gepland van 14.00 uur tot 17.00 uur en wij moeten echt op tijd afronden. Er zijn tussentijds ook nog stemmingen, maar ik denk dat wij deze eerste termijn voor een groot deel normaal kunnen vormgeven. Zodra er stemmingen zijn, zullen wij dit debat daarvoor schorsen. Ik stel een spreektijd van vier minuten voor met twee interrupties.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. In plaats van discussies over het al dan niet schrappen van behandelingen uit het basispakket, verplaatst het debat zich nu meer en meer naar de vraag welke patiënten in welke gevallen zijn aangewezen op effectieve, zinnige en zuinige zorg. Omdat hiermee maatwerk en sturen op kwaliteit binnen het basispakket mogelijk wordt, vind ik dat een compliment waard voor de Minister en Zorginstituut Nederland. Ik denk dat de meer gedifferentieerde benadering een verstandige ontwikkeling is. Ik koppel hier wel een vraag aan, want over dit onderwerp hebben wij het ook in ander verband regelmatig gehad. Een aantal jaren geleden is de relatietherapie uit het basispakket gehaald. De Minister noemt dat zelf een voorbeeld van een digitale beslissing. Zij wil namelijk eigenlijk er vanaf dat iets ofwel in het pakket zit ofwel niet. Zou het niet in de lijn van die meer genuanceerde benadering liggen als relatietherapie in bepaalde gevallen wordt vergoed, bijvoorbeeld als mensen allerlei lichtere manieren en vormen hebben benut en dit onvoldoende effectief was? Zou dit iets kunnen zijn waar het Zorginstituut naar kan kijken om tot afbakening te komen?
In reactie op vragen heeft de Minister samen met de verzekeraars geregeld dat het duidelijk is dat er een vergoeding is voor de prenatale operatie van kinderen met spina bifida als aan de medische voorwaarden is voldaan. Wij zijn daar blij mee. Wij hebben dit ooit aangekaart omdat er in de media berichten waren van mensen die uren aan de telefoon hadden gezeten met een zorgverzekeraar maar toch niet uitkwamen bij de persoon die erover ging. En dat terwijl ze de ingreep niet konden betalen. Daarom hebben wij dit ook aangekaart Uiteindelijk heeft het ziekenhuis contact opgenomen met de zorgverzekeraar en is het geregeld, maar hier waren in de praktijk grote vragen over. Hoe zit dat? Er was gesteggel voordat de vergoeding er kwam. De Minister zegt dat de zorgverzekeraars dat willen gaan vergoeden. Mijn vraag blijft dan nog wel hoe duidelijk en kenbaar dat is voor betrokkenen. Zou het niet beter zijn om dit expliciet op te nemen in het Besluit zorgverzekering? Het gaat om een beperkt aantal gevallen. Het gaat om beperkte kosten. Daarmee wordt er wel gelijk helderheid geboden. Zou prenatale chirurgie als verzekerd recht niet voor meer bekendheid zorgen, waardoor meer ouders de mogelijkheid tot opereren in overweging nemen?

Wij kregen signalen van diverse ouders van slechthorende en dove kinderen. Zij zien af van de aanschaf van hoortoestellen voor hun kind, omdat ze de eigen bijdrage van 25% die sinds 2013 geïnd wordt, niet kunnen betalen. Zou de Minister, gezien de grote maatschappelijke winst voor deze kinderen op de terreinen van de ontwikkeling van taal, verstandelijke vermogens en sociale vaardigheden, bereid zijn om de eigen bijdrage tot 18 jaar te schrappen? Waarom zouden wij met besluitvorming wachten tot 2016 als het probleem nu al duidelijk is en het bovendien om een heel klein bedrag gaat?
Tot slot ga ik in op de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT). Afgelopen week zijn er handtekeningen aangeboden van mensen die vinden dat er ruimte moet blijven voor kinderen met het syndroom van Down. Er zijn ook maatschappelijke bezwaren geuit tegen het standaard aanbieden van de test aan iedereen. Hoe ziet het vervolgtraject eruit? Wordt er rekening gehouden met deze bezwaren? Ik kom erop omdat in het conceptbesluit een wijziging rond prenatale screening wordt voorgesteld die ook in het buitenland heeft plaatsgevonden. Kan de Minister ons verzekeren dat dit op geen enkele manier vooruitloopt op de besluitvorming hierover in Nederland?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. We spreken vandaag over het pakket. Uit recent onderzoek van de Algemene Rekenkamer is gebleken dat de concrete pakketmaatregelen achteraf gezien niet altijd het gewenste effect hebben gehad en daarmee bedoel ik dat zij niet de beoogde besparingen hebben opgeleverd. De Minister geeft aan dat allerlei factoren invloed hebben op de resultaten, zoals vraag, aanbod en prijsontwikkeling. Ik hoor graag van de Minister of zij naar aanleiding van deze bevindingen aanpassingen in haar beleid gaat maken.
In 2012 is de keuze gemaakt om de aanpassingsstoornissen uit het pakket te halen. Toentertijd gaven meerdere patiëntenverenigingen aan dat ze zich zorgen maakten over de maatschappelijke gevolgen. Momenteel lijken die zorgen gegrond. Wij hebben laatst nog met zijn allen gesproken over het toenemende aantal verwarde personen. Doordat de zorg voor deze mensen niet vergoed wordt, zien we dat huisartsen een diagnose soms opschalen om te voorkomen dat ze iemand met een aanpassingsstoornis geen zorg kunnen verlenen. Wij zien ook dat mensen zorg uitstellen of vermijden omdat ze bang zijn voor de kosten. Ongeveer 30% van de kankerpatiënten heeft professionele psychosociale en oncologische zorg nodig. Bij 10% hiervan is complexe zorg nodig, maar de andere 20% zou gebaat zijn bij tussenliggende lichtere vormen van begeleiding. Voor mijn fractie is het belangrijk dat deze groep in een vroeg stadium geholpen wordt om deze mensen op streek te helpen. Ik noem de psychosociale kankerzorg hierbij ook, omdat de Minister heeft aangegeven dat ze daar onderzoek naar wil doen. Ik heb begrepen dat dit pas over anderhalf jaar is afgerond. Heeft de Minister tot die tijd ook een oplossing?
Net zoals collega Van der Staaij wil ik vandaag graag een beroep doen op de Minister om de eigen bijdrage van 25% voor hoorhulpmiddelen voor kinderen onder de 18 jaar te laten vervallen. Mijn fractie is van mening dat kinderen de kans moeten krijgen om op te groeien tot wie ze kunnen zijn. Het goed kunnen horen vergroot de ontwikkelingskansen van een kind. Binnen kwetsbare gezinnen kan de eigen bijdrage van 25% een enorme aanslag op de portemonnee zijn. Daarom vraag ik de Minister of zij bereid is om hoorhulpmiddelen voor kinderen onder de 18 jaar vrij te stellen van deze eigen bijdrage.
Daarnaast maken audiciens zich zorgen over de inkoop van zorgverzekeraars. De focus zou te veel op volume en prijs liggen en niet op kwaliteit. De Minister schreef een vrij optimistische brief. Zij zei dat het best wel goed gaat met de inkoop, maar zij meldt wel dat er nog wat knelpunten zijn bij de inkoop van hoortoestellen. Transparantie over het inkoopproces

stond deze week centraal in een kort geding tussen beide partijen. Ik zou de Minister daar graag over willen horen.
In ons systeem zijn er nog steeds perverse prikkels die tot consumptie van duurdere zorg leiden. De fysiotherapiebehandelingen die een aandoening kunnen verhelpen, worden vaak niet vergoed, terwijl een dure operatie wel volledig wordt vergoed. Mijn fractie is voorstander van een «stepped care»-systeem. Daarin moet je eerst fysiotherapie proberen, dus vergoede fysiotherapiebehandelingen. Als die niet succesvol zijn, kun je overgaan tot het vergoeden van een dure operatie. Graag krijg ik een reactie van de Minister hierop.
Nu ga ik in op de medicatiebeoordelingen door de apothekers. Regelmatige medicatiebeoordelingen zorgen ervoor dat mensen de juiste medicijnen krijgen en de juiste hoeveelheid gebruiken. Momenteel wordt het eigen risico als een drempel gezien en vindt er soms te lang geen nieuwe beoordeling plaats, terwijl die zo belangrijk is voor de kwaliteit van leven en voor de gezondheid. Ik hoor graag hoe de Minister hiertegen aankijkt, want dit is wat ons betreft echt eerstelijnszorg. De huisarts valt buiten het eigen risico, maar dit valt eronder. Dat is toch wel een tegenstelling?
D66 is verheugd, te lezen dat de Minister het vanaf 2016 mogelijk maakt dat vrouwen die in België een NIPT hebben ondergaan, in Nederland invasieve vervolgdiagnostiek vergoed krijgen. Dat lijkt ons een wenselijke ontwikkeling. De TRIDENT-studie loopt al iets langer dan een jaar. Heeft de Minister al enkele tussentijdse uitslagen hiervan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. We spreken vandaag over het basispakket. We hebben in Nederland een heel breed, solidair basispakket dat dit jaar weer wordt uitgebreid. Zorg moet veel meer op maat worden gemaakt om beter te kunnen inspelen op het feit dat we meer kunnen en weten en dat mensen ook meer willen. Wij hebben hier nog een aantal vragen over.
De voorlopige toelating is een heel mooi middel, maar wij missen daarin bijvoorbeeld geïndiceerde preventie die effectiviteit van behandelingen en niet alleen van medicatie kan bewijzen. Als voorbeeld draag ik de hulp voor kinderen aan waarvan de ouders een behandeling krijgen in de ggz. Dit zijn de Kinderen van Ouders met Psychische Problemen, kortweg KOPP. Hun ouders hebben een psychisch probleem of zijn verslaafd. Deze kinderen krijgen momenteel niet overal de hulp die ze nodig hebben. Ze worden verwezen naar de gemeente of naar de ggz, maar het effect is dat ze geen behandeling krijgen, terwijl het juist zo belangrijk is dat deze kinderen als onderdeel van de hulp die hun ouders krijgen, ook hulp krijgen om te voorkomen dat zij zelf problemen ontwikkelen. Dat kan heel eenvoudig door zo'n KOPP-groep op te nemen in de volwassen diagnose-behandelcombinatie (dbc). Wil de Minister het Zorginstituut onderzoek laten doen naar de effectiviteit van de KOPP-behandeling? Wil de Minister het mogelijk maken om die op basis van voorlopige toelating als geïndiceerde preventie op te nemen in het pakket? Dan kan het effect in de praktijk bewezen worden.
Omwille van de tijd sluit ik mij volledig aan bij de oproep van mijn collega's over hoorhulpmiddelen voor kinderen. Het gaat om een heel klein bedrag, maar een heel groot gemak voor kinderen voor de rest voor hun leven.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik weet niet meer hoe de heer Van der Staaij en mevrouw Dijkstra het precies formuleerden, maar volgens mij was hun oproep gelijk, namelijk om de eigen betaling van 25% voor hoorhulpmiddelen voor kinderen te laten vervallen. Is dat precies wat de Partij van de Arbeid vraagt als zij zich aansluit bij hetgeen er gezegd is over de eigen bijdrage voor de hoorhulpmiddelen voor kinderen?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ja. We hebben allemaal de brief gekregen waarin staat dat er een kleine groep kinderen is met een groot probleem. De eigen bijdrage die geldt voor de hoorhulpmiddelen levert een groot probleem op voor deze kinderen, omdat hun ouders die niet kunnen betalen. Dat zou als gevolg hebben dat die kinderen voor de rest van hun leven een probleem hebben. Als we het afzetten tegen de 90 miljard die omgaat in de zorg, is dit echt een enorm klein bedrag. Het is te makkelijk om te zeggen: geef het gratis. Wij weten dat dit gedekt moet worden. Daarom vragen we de Minister om creatieve oplossingen hiervoor te verzinnen. Kun je iets doen in de contractering? Kun je iets doen met slimmere richtlijnen? Er is zo veel verspilling. Wat zou de Minister voor deze kleine groep kinderen kunnen doen?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik vind het heel positief dat de Partij van de Arbeid zich daarbij aansluit. Ik denk dat nog meer partijen deze oproep zullen doen. Wij hebben geen eigen risico voor kinderen omdat wij hun gezondheid niet willen belemmeren. Waarom is er dan wel een eigen bijdrage voor hoorhulpmiddelen? Volgens mij gaat het om een bedrag onder de vijf ton. Ik weet dat er een hoop geld beschikbaar is op het ministerie. Wellicht is er onderuitputting bij andere potjes. Volgens mij is de dekking dus zo gevonden. Ik vind het zeer positief dat de Partij van de Arbeid deze eigen bijdrage wil laten vervallen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het gaat om een bedrag van € 280.000. Dat is een relatief klein bedrag als je het afzet tegen de 80 miljard die omgaat in de zorg. Volgens mij kan ik mij daarom aansluiten bij al die collega's die aan de Minister vragen of op dit terrein iets creatiefs mogelijk is. Het is een kleine stap, maar voor het leven van deze kinderen heeft dit een heel grote betekenis.

De **voorzitter**: Is de vraag van mevrouw Bruins Slot hiermee komen te vervallen? Ik zie enige twijfel.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Nog even kort dan. Ik deel de opvatting van de PvdA, D66, SGP en SP, namelijk dat wij kinderen hier niet mee moeten belasten. Als ze die hoorhulpmiddelen niet krijgen, staan ze gewoon op achterstand. Dan gaat het mis op school en komt van het een het ander. Het gaat inderdaad om een klein bedrag. Ik heb zelf even in de Voorjaarsnota gekeken. Er is onderuitputting op tandheelkundige zorg, op grensoverschrijdende zorg en op het geneesmiddelenbudget, maar daar spelen nog enkele andere problemen.

De **voorzitter**: Wat is uw vraag?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Als we een beetje kritisch kijken naar de Voorjaarsnota, weet de Minister echt wel ergens drie ton te vinden. Hoe kijkt mevrouw Bouwmeester daartegenaan?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dit klinkt allemaal heel positief. Volgens mij reiken we elkaar allemaal de hand. Ik ben benieuwd welke oplossingen de Minister ziet. Ik ben zeer bereid om naar alle voorstellen van collega's voor structurele dekking te kijken, want niet alleen de kinderen van ouders die een psychisch probleem of een verslavingsprobleem hebben, groeien op met achterstand als zij geen tijdige hulp krijgen, maar ook kinderen die een gehoorprobleem hebben. Heel terecht werd gezegd dat er dan problemen op school ontstaan en als de basis niet op orde is, moet je op 18-jarige leeftijd een grote achterstand inhalen.
Nu ga ik in op de onbedoelde perverse prikkels. De zwart-witbenadering van het pakket, die nu steeds meer losgelaten wordt maar er nog wel is, leidt tot problemen. De Minister wijst daar terecht op. Ik geef enkele

voorbeelden. Er is een forse eigen bijdrage nodig voor een gehoorapparaat, maar een implantaat via een operatie is gratis. Voor tanden trekken en herstellen moet je een forse eigen bijdrage betalen. Maar een gebitsprothese is gratis, althans, daarvoor hoef je de kosten niet te dragen. Bevallen in een ziekenhuis zonder medische indicatie kost € 350, maar als je vraagt om een ruggenprik en dus medicatie krijgt, vervalt je eigen bijdrage. Wij kennen ook het recente voorbeeld van etalagebenen. We zien dat er een perverse prikkel tot het ondergaan van zwaardere zorg uitgaat naar de patiënt. Mogelijk leidt dit tot meer complicaties. Ook is dit een perverse prikkel voor een arts om daaraan te verdienen. De patiënt en de arts willen dit eigenlijk intrinsiek niet. Ik wil de Minister daarom vragen of zij het Zorginstituut het komende jaar de vraag wil stellen om een lijst op te maken van al deze onlogische perverse prikkels die leiden tot meer, duurdere en ingewikkeldere tweedelijnszorg. Is het geen mooie opdracht om volgend jaar te bekijken hoe wij de prikkels in dit systeem kunnen veranderen? Wij willen immers juist substitutie en minder zware zorg, eerder en met minder kans op complicaties.
Mijn laatste punt is «van pakket naar praktijk». In de theorie is zorg vergoed via aanspraken in het pakket. Maar in de praktijk wordt die zorg niet altijd verleend, mede doordat zorgverzekeraars nadere regels stellen. Ik noem als voorbeeld de terminale zorg, hulpmiddelen en de doorgeleverde medicatie, waarover wij het laatst hebben gehad. Wil de Minister laten inventariseren op welke manier of bij welke vormen van zorg een zorgverzekeraar nadere regels kan stellen die wel degelijk de toegang tot en aanspraak op het pakket beperken? Kan de Minister bekijken of deze nadere regulering die nu bij de zorgverzekeraars ligt, terwijl zij dat helemaal niet willen omdat die taak bij het onafhankelijke Zorginstituut hoort, overgeheveld kan worden naar het Zorginstituut, als zij de inventarisatie heeft gemaakt? Dan blijven voor elke verzekerde de toegang tot en de aanspraken op het pakket gelijk en hangen zij niet af van de zorgverzekeraars.
Ik rond af. Wij hebben het gehad over de dure geneesmiddelen. De prikkel voor passende zorg zou moeten leiden tot meer kwaliteit en doelmatigheid. Wij maken ons grote zorgen over de toegankelijkheid tot dure geneesmiddelen als de prikkel is dat het ziekenhuisbestuur stuurt op geld in plaats van kwaliteit via richtlijnen voor artsen. Wil de Minister in het lopende onderzoek meenemen in hoeverre de arts wordt geprikkeld om te sturen op een medische richtlijn in plaats van dat een bestuur stuurt op geld, terwijl dat de kwaliteit niet ten goede komt?

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het verwijderen van behandelingen en vergoedingen uit het basispakket om de uitgaven te beheersen is minder effectief dan door het kabinet is beoogd. Geregeld blijven besparingen van afzonderlijke maatregelen uit of in ieder geval achter bij de verwachtingen. De Rekenkamer stelde dit in haar publicatie van eind april. Ze zei dat slechts de helft van de ingeboekte bezuiniging van 5 miljard is gehaald. Wat is de reactie van de Minister hierop? Hoe kan dit? De euro's zijn wellicht niet gehaald, maar is ook in kaart te brengen wat de maatschappelijke gevolgen waren van het uit het basispakket halen van bepaalde vergoedingen? Gisteren hoorden wij de zorgverzekeraars pleiten voor het weer opnemen in het pakket van fysiotherapie voor chronische patiënten. Zij zeggen dat er een groeiende kloof is tussen de invulling van het pakketbeheer enerzijds en de dagelijkse praktijk anderzijds. Zij krijgen de mensen aan de telefoon die er een probleem mee hebben dat ze chronische fysiotherapie niet meer vergoed krijgen. Ik vind het nogal wat dat de zorgverzekeraars nu inmiddels zeggen dat er blijkbaar een grens is aan de verkleining van het basispakket.
Er zijn al vragen gesteld over onlogische vergoedingen. De operatie aan etalagebenen wordt bijvoorbeeld wel vergoed, maar niet de fysiotherapie voor etalagebenen. Verder is het voorbeeld van het medisch worden van

de bevalling in het ziekenhuis al ontzettend vaak genoemd. We hebben ook veel discussie gevoerd over de aanpassingsstoornis. Die moest uit het pakket want dat zou een bezuiniging opleveren van 53 miljoen. Enerzijds is die bezuiniging niet gehaald en anderzijds heeft dit grote gevolgen. Ik vind het nogal wat dat je met lege handen staat bij de verwerking van het feit dat je kanker hebt gehad of dat je een naaste aan kanker verloren hebt. Dan wordt er gezegd: ga maar een kopje thee drinken bij de buurvrouw. Ook als je een trauma hebt opgelopen, valt dit onder de ggz onder aanpassingsstoornissen. Die mensen krijgen hun zorg vaak wel via andere wegen. Dat blijkt uit het rapport van de Algemene Rekenkamer. Het is toch eigenlijk heel erg kwalijk dat wij op deze manier omgaan met relatief lichte zorgvragen. Als je die goed en snel oplost, voorkom je heel wat zwaardere zorg en meer ontwrichtende situaties.
Wij hebben al vaak gevraagd om een analyse te maken van wat er terug zou kunnen van de plastische chirurgie die niet gericht is op het mooi maken van mensen maar op het heel maken van mensen. Ik doel bijvoorbeeld op meisjes die vanwege een aangeboren afwijking geen borstgroei hebben of op ouderen die vanwege de groei van de oogleden niet meer kunnen kijken. Ook zijn er transgenders die een jarenlang fysiek proces doormaken om bijvoorbeeld vrouw te worden, maar de borsten dan niet vergoed krijgen, omdat dat cosmetische chirurgie zou zijn. De plastisch chirurgen zeggen dat het voor het pakket mooi zou zijn om uitzonderingen te maken voor de borstchirurgie bij het Poland syndroom, voor ooglidchirurgie bij verslapping van de oogspierheffer en voor een borstreconstructie bij transgenders. Ik vraag de Minister om hierop in te gaan. Is zij bereid om dit te doen?
Er is al gesproken over de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor kinderen. Wij geven kinderen terecht alle mogelijke ontwikkelingskansen. Het is goed uit te leggen dat wij geen eigen risico heffen voor de gezondheidszorg voor kinderen. Ik vind het daarom dus niet uit te leggen dat er wel een eigen bijdrage bestaat voor de hoorhulpmiddelen. Niet kunnen horen belemmert de toegang tot de samenleving, tot onderwijs enzovoorts. Laat dit nou gewoon vervallen.
Ik ben benieuwd of de Minister bereid is om het debat over alleen nog maar «het is te duur» en «er moet iets uit het basispakket» eens te verschuiven naar een discussie over wat erin kan. Ik zou graag willen dat de Minister een scenario zou ontwikkelen waarbij we in het pakket meer preventie zouden kunnen opnemen, zoals geestelijke gezondheidszorg, bepaalde vormen van fysiotherapie en tandzorg. Nog los van de gevolgen van het eigen risico zien we meer en meer een tweedeling. Die is te schrijnend om te handhaven. Ik zei aan het begin van mijn pleidooi ook al: als de zorgverzekeraars zelfs ervoor gaan pleiten dat bepaalde vergoedingen terug in het basispakket moeten, moeten wij ons volgens mij achter de oren krabben, want dan is het basispakket te veel uitgekleed.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Het pakketbeheer in Nederland is een open systeem. En ja, de afgelopen jaren is er meer zorg bij gekomen dan er is uitgegaan. Dat is belangrijk om vast te houden. De Minister heeft haar aanpak van stringent pakketbeheer aan de Tweede Kamer gestuurd. Vanuit de inhoud moet nu worden bekeken voor welke verzekerde de zorg wel en voor welke verzekerde de zorg niet tot de aanspraken behoort. Het CDA maakt zich daarbij zorgen over de rol van de zorgverzekeraar. Gaat de zorgverzekeraar bepalen welke verzekerde de zorg wel of niet vergoed krijgt? Hoe voorkomt de Minister dat zorgverzekeraars per zorgverzekering uiteenlopende criteria gaan gebruiken? Graag krijg ik een toelichting van de Minister op dit punt.
De Tweede Kamer heeft meerdere onderzoeken over hoortoestellen en hoorhulpmiddelen gekregen. Het loopt in de praktijk niet altijd even gesmeerd. Als je een buitencategorie hoortoetsel nodig hebt, wijzen audiciens vaak niet op de mogelijkheid van een extra zorgvraag. Dat kost

namelijk tijd en geld en de audiciens zijn op dit moment bezig met een moordende concurrentiestrijd. Hoe kan de mogelijkheid van de extra zorgvraag beter worden behartigd? Het CDA maakt er zich ook ernstige zorgen over dat kinderen van kwetsbare ouders geen hoortoestellen krijgen. Sinds 2013 is er een eigen bijdrage van zo'n € 175 per hoortoestel. Het CDA krijgt signalen van de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden (NVVS) dat minder draagkrachtige ouders daarom afzien van de aanschaf van gehoorapparaten voor hun kind. Het gevolg daarvan is dat zij minder goed meekomen op school. Ze raken steeds meer achter in hun ontwikkeling. Het CDA vindt dat je kinderen gelijke kansen moet geven. Het probleem zou landelijk met 3 ton per jaar op te lossen zijn. Net als de SGP, D66, de SP en de PvdA wil ook het CDA voorstellen om ervoor te zorgen dat wij de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor kinderen gewoon schrappen.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Over de hoortoestellen zijn we het eens: daar moet iets slimmers voor te bedenken zijn. Ik heb in mijn betoog ook aandacht gevraagd voor kinderen van wie de ouders psychisch in de war zijn of zwaar verslaafd. Die kinderen kunnen een heel eenvoudige behandeling krijgen. Dat is geïndiceerde preventie. Maar omdat het geïndiceerde preventie is en geen onderdeel van de hulp aan de ouders, staan die kinderen eigenlijk al jarenlang in de kou. Is mevrouw Bruins Slot het met ons eens dat het interessant is om te bekijken in hoeverre je dat via een voorwaardelijke toelating vergoed kunt krijgen als onderdeel van de behandeling van de volwassenen, zodat ook deze kinderen geen achterstand oplopen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik herken het betoog van de PvdA omdat het CDA zich daar ook regelmatig zorgen over heeft gemaakt. Het is algemeen bekend dat een derde van de kinderen van ouders met psychische problemen later zelf ook psychische problemen krijgt. Als je daar goede zorg voor hebt, kan dit voorkomen worden. Het zit nog te weinig in het DNA van psychologen en psychiaters om te vragen of mensen überhaupt kinderen hebben. Er moet dus echt een extra stap gezet worden. Ik vind de suggestie van mevrouw Bouwmeester gewoon interessant. Laat de Minister maar eens uitzoeken of er iets mogelijk is hiervoor.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik ben blij dat de Partij van de Arbeid en het CDA het met elkaar eens zijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Mijn volgende punt is de cosmetische chirurgie. In de brief van de Minister van 5 juni wordt de cosmetische chirurgie vanuit medische noodzaak eigenlijk voorzichtig weer in het basispakket toegelaten vanaf 2016. De Minister zou ook met de cosmetische chirurgen in gesprek gaan. Wat is eigenlijk uit dit gesprek gekomen? Wat gaat dit nou eigenlijk in de praktijk betekenen? Daarvoor noem ik drie voorbeelden. Betekent dit dat in bepaalde gevallen de medische besnijdenis weer wordt toegelaten en vergoed? Betekent dit dat de medische ooglidcorrectie weer wordt toegelaten en vergoed? Betekent dit verder dat lipofillings die gebruikt worden bij borstreconstructie-operaties ten gevolge van kanker ook vergoed zullen worden? Graag krijg ik een reactie van de Minister op deze drie punten.
Het CDA maakt zich al meerdere jaren zorgen over de vraag of de aanvullende verzekering nog wel voldoende dekking geeft voor mensen met een chronische ziekte. Net als de woordvoerder van de SP was ik wel enigszins verrast door de brief die wij van de zorgverzekeraars kregen. Zij maken zich hier inmiddels ook zorgen over en willen zelfs dat de Minister van VWS gaat onderzoeken of fysiotherapie weer in de basisverzekering

kan worden opgenomen. Hoe kijkt de Minister hiertegenaan? Waar komt volgens haar de omslag bij de zorgverzekeraars vandaan?
Wij hebben al meerdere malen gesproken over het eerstelijnsverblijf. Vorig jaar was het kabinet gewoon vergeten om dat mee te nemen in de hele discussie over het pakket. Gelukkig is dat, mede door de inzet van het CDA, maar ook van de ChristenUnie, gerepareerd. De regeling van het eerstelijnsverblijf sluit eigenlijk nog onvoldoende aan bij de Zorgverzekeringswet. Dat is een terugkerende zorg. Het eerstelijnsverblijf is namelijk altijd de smeerolie geweest tussen een ziekenhuisopname en hulpeloos thuisblijven. Vaak zit daar niet alleen het criterium van een medische noodzaak achter, maar zijn er ook meer sociale criteria. Ziet de Minister dit ook? Het is goed om te lezen dat de Minister geen haast gaat maken met het eerstelijnsverblijf. Per 1 januari 2016 gaat de subsidieregeling door. Het is dan natuurlijk wel de vraag hoeveel geld de Minister hiervoor beschikbaar heeft.
Ik kom tot een afronding. Artsen roepen steeds op om de totalbodyscan niet te laten vergoeden. Zij delen breed de mening dat die leidt tot schijnzekerheid en tot onnodige groei van de zorgvraag. De Gezondheidsraad was in zijn adviezen ook al terughoudend. Wanneer komt de Minister met een definitief standpunt? Ziet zij de bezwaren van de artsen ook? Het CDA deelt de bezwaren van de artsen over de totalbodyscan.

Mevrouw **Klever** (PVV): Voorzitter. De Minister roemt vaak de Nederlandse gezondheidszorg. Nederland heeft steevast een van de beste zorgsystemen ter wereld. De PVV-fractie zet daar steeds kanttekeningen bij, zo ook nu. Hoewel geneesmiddelen tegen kanker in het basispakket zitten, krijgen patiënten ze lang niet altijd. We hebben deze week allemaal van hoogleraar Punt vernomen dat de helft van de darmkankerpatiënten een bepaald geneesmiddel wordt onthouden. Dat mag niet, maar het gebeurt. Patiënten krijgen niet de behandeling waar ze recht op hebben. Ik weet dat de Minister hier onderzoek naar doet. Kan er dan ook meteen bekeken worden of er een relatie ligt tussen het onthouden van darmkankermedicijnen en het relatief hoge sterftecijfer van mensen met darmkanker in Nederland dat het RIVM heeft gesignaleerd? Graag krijg ik een toezegging op dit punt.
Dit brengt mij bij het pleidooi van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) die in dit kader om vergoeding van dure geneesmiddelen op basis van nacalculatie vraagt. De PVV diende al in april een motie hiervoor in die de Minister toen ontraadde. Hoe denkt zij daar nu over? Nu er van alle kanten duidelijke signalen komen dat het financieringssysteem voor de dure geneesmiddelen tekortschiet, wordt het toch tijd voor actie. Wat is nu het werkelijke bezwaar tegen vergoeding op basis van nacalculatie? Waarom wordt dit afgewezen? Enerzijds wordt er jaarlijks miljoenen bespaard op geneesmiddelen en anderzijds ontstaan er miljoenen tekorten. Daarom moeten wij het simpelweg beter verrekenen. Laten wij het vooral niet ingewikkelder maken.
Nu kom ik op het pleidooi van Zorgverzekeraars Nederland over fysiotherapie voor chronisch zieken. Hoewel de PVV het zelden eens is met de zorgverzekeraars, lijken wij elkaar nu toch te vinden. Vorig jaar vroeg ik al aandacht voor patiënten met reuma en de ziekte van Bechterew. Fysiotherapie helpt hen om mobiel te blijven zonder al te veel pijn. Ze vallen echter net buiten de vergoeding. Er zijn meer voorbeelden van patiëntengroepen die baat hebben bij fysiotherapie, zoals mensen met etalagebenen. Is de Minister bereid om fysiotherapie weer volledig in het basispakket op te nemen voor chronisch zieken?
De Minister houdt van onderzoeken en monitoren. Er staan heel wat onderzoeken en monitoringsrapporten op de agenda van vandaag. Op het evaluatieonderzoek hoortoestellen wil ik nader ingaan. Hieruit blijkt dat de gewijzigde aanspraak op hoortoestellen het beoogde effect heeft. Gebruikers zijn even tevreden als voor 2013 en het gemiddelde bedrag

aan eigen betaling is lager. Dat is een mooie uitkomst. Maar hoe zit het met de kinderen? De kinderen zijn niet meegenomen in het onderzoek. Ze zijn niet gehoord en hebben niet van zich kunnen laten horen. Dat zijn de slechthorende kinderen van wie de ouders de eigen bijdrage vaak niet kunnen betalen. Het lijkt geen hoog bedrag – gemiddeld is het € 175 per toestel – maar je hebt er vaak twee nodig. Je hebt immers twee oren. De Minister wil dit nu opnieuw laten onderzoeken en er dan pas in 2016 over besluiten, maar dat kan echt niet. We kunnen dove kinderen niet laten vereenzamen en achterstand in hun ontwikkeling laten oplopen, omdat de Minister nader onderzoek wil. De Minister wist vorig jaar al dat kinderen niet waren opgenomen in het rapport over de evaluatie van de hoorzorg en toen vond ze dit geen probleem. Dit nieuwe onderzoek kost waarschijnlijk meer dan de remedie. Het gaat namelijk om een kleine groep van zo'n 4.000 dove en slechthorende kinderen in Nederland en de totale kosten bedragen nog geen € 300.000. Waar hebben we het over? We laten talloze zorgbestuurders wegkomen met zulke bedragen aan bonussen en afkoopsommen. De Minister reserveert een ton per medisch specialist om de specialisten te bewegen om in loondienst te gaan, waar vervolgens geen gebruik van gemaakt wordt. Ik verwacht steun voor deze kinderen en ga ervan uit dat het bedrag van drie ton gevonden wordt, zodat de eigen bijdrage voor hoortoestellen voor kinderen afgeschaft kan worden. Ik geloof dat ongeveer alle woordvoerders het hierover gehad hebben en daarom hoop ik op een toezegging van de Minister hierop.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Ik hoor een warm pleidooi van mevrouw Klever. Zij wil voorkomen dat kinderen vereenzamen als gevolg van het feit dat ze niet mee kunnen doen omdat ze gehoorproblemen hebben. Een andere groep die dreigt te vereenzamen zijn de kinderen wier ouders ook niet goed voor ze kunnen zorgen, namelijk de kinderen van wie de ouders ernstige psychische problemen hebben of verslavingsproblemen. Deze kinderen krijgen ook geen hulp, terwijl het voorkomen dat het met hen misgaat onderdeel zou moeten zijn van de behandeling van de ouders. Steunt mevrouw Klever ons pleidooi om ook te laten onderzoeken in hoeverre wij dit goed kunnen regelen voor die groep kinderen? Dat zijn namelijk 700.000 kinderen per jaar.

Mevrouw **Klever** (PVV): De PVV is voorstander van psychologische hulp als deze bewezen effectief is. Als dat niet zo is, zijn wij daar geen voorstander van.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): «Bewezen effectief» lijkt mij een goed uitgangspunt. Het punt is dan alleen wel dat het eerst bewezen effectief moet zijn. Het lastige daarbij is dat je dan twee groepen moet maken: een groep kinderen die je bewust niet helpt en een groep kinderen die je wel helpt. Dat is het dubbele bij deze kinderen. Steunt mevrouw Klever ons pleidooi om te bekijken of er voorwaardelijke toelating of een andere mogelijkheid is om deze kinderen te helpen? Als we de huidige redenatie aanhouden, worden deze kinderen nooit geholpen.

Mevrouw **Klever** (PVV): Uiteraard steunen wij een onderzoek daarnaar altijd.
Tot slot. De politiek beslist wat er in het basispakket zit. De zorgverlener en de zorgverzekeraar hebben een zorgplicht voor de patiënt om respectievelijk behandelingen uit het basispakket uit te voeren en te vergoeden. Laten wij ervoor zorgen dat wij dit niet alleen op papier goed geregeld hebben, maar ook in de praktijk. De uitspraak van de Minister dat patiënten maar een klacht moeten indienen of naar de rechter moeten stappen als ze een medicijn niet krijgen tijdens het VAO Geneesmiddelenbeleid in april 2015, vind ik een Minister onwaardig.

Mevrouw **Dik-Faber** (ChristenUnie): Voorzitter. De omvang van het basispakket is een van de zekerheden waar je op kunt bouwen als je ziek wordt. Daarom is het belangrijk dat wij vandaag een zorgvuldig debat hierover voeren. Mijn fractie is blij dat de Minister besloten heeft om de kraamzorg in het basispakket te houden. Datzelfde geldt voor het vergoeden van foetale chirurgie bij spina bifida. Het is mooi dat deze succesvolle behandeltechniek ook voor Nederlandse vrouwen beschikbaar komt.

Afgelopen dinsdag kreeg de commissie de petitie van Anders niet minder aangereikt. Meer dan 41.500 handtekeningen zijn er verzameld. Die zijn allemaal van mensen die niet willen dat de NIPT standaard wordt aangeboden in Nederland. Wil de Minister in gesprek gaan met de initiatiefnemers van deze petitie alvorens zij een besluit neemt over de NIPT? Nu worden wekelijks tientallen buisjes bloed gescreend in België. Door de nieuwe pakketmaatregelen wordt vervolgonderzoek in Nederland vergoed, omdat de NIPT niet helemaal sluitend is. De ChristenUnie begrijpt dit besluit van de Minister. Van het afreizen naar België gaat echter een precedentwerking uit en die wil mijn fractie uitsluiten. Is de Minister dat met ons eens?

Ik had een vraag over de apotheken, maar volgens mij is daar al een schriftelijke procedure voor gestart. Daarom laat ik dat deel van mijn bijdrage achterwege.

Ik sluit mij wat betreft de hoorhulpmiddelen aan bij alle voorgaande sprekers. Ook wat betreft het onderwerp fysiotherapie doe ik dat.

Er is veel te doen over dure geneesmiddelen tegen kanker. Nu al krijgt de helft van de kankerpatiënten niet altijd of niet direct de beste behandeling omdat deze te duur is. Ook leveren ziekenhuizen zorg die niet volledig vergoed wordt. De zorguitgaven aan kanker zullen tot 2030 stijgen naar 9,1 miljard euro. De Minister staat voor een heel groot vraagstuk en de ChristenUnie wil heel graag meedenken. Voor ziekenhuizen zijn er op korte termijn oplossingen nodig. Hoe kijkt de Minister aan tegen een apart financieel kader voor dure medicijnen of tegen het vergoeden van dure medicijnen op basis van nacalculatie, zoals de NVZ voorgesteld heeft? De ChristenUnie denkt dat de omvang van dit probleem te groot is voor ons land alleen en dat er allianties nodig zijn met andere Europese landen. Wat gebeurt er al op dit gebied? Wat is de Minister op korte termijn van plan?

Omdat mijn tijd nog niet op is, heb ik een vraag over de plastische chirurgie. Een aantal sprekers heeft dit onderwerp al aan de orde gesteld. Ik heb een vraag gekregen van een vader met een jonge tienerdochter die besloten heeft om haar kindje te houden. De bevalling heeft plaatsgevonden en nu heeft ze ontzettend veel fysieke complicaties daarvan, zoals zwangerschapsstriemen. Het meisje zit helemaal in de put en heeft niet alleen ggz nodig, maar ook plastische chirurgie. Valt de behandeling van zo'n meisje nu wel of niet onder het basispakket? Die vraag wil ik graag beantwoord zien.

Nu kom ik op het punt van echtscheidingen. Een slechte partnerrelatie is een risicofactor voor lichamelijke en psychische klachten met bijbehorende zorgconsumptie. De zorgconsumptie van gescheiden mensen ligt 50% tot 100% hoger dan die van mensen die niet in scheiding liggen. Relatieconflicten hebben ook een negatief effect op de ontwikkeling en het welzijn van kinderen en op hun schoolprestaties. Scheidingen leveren dus veel persoonlijk leed op en kosten de samenleving jaarlijks meer dan 2 miljard euro. Relatietherapie is bewezen effectief. Wil de Minister daarom overwegen om de behandeling van relatieproblemen opnieuw op te nemen in het basispakket?

Tot slot kom ik op het rapport van de Algemene Rekenkamer. Daaruit blijkt dat de helft van de ingecalculeerde kostenbesparing wordt gehaald uit pakketmaatregelen. Graag hoor ik de mening van de Minister daarover. Wat mijn fractie vooral zorgen baart, is de opmerking in de brief van de

Minister dat het in de eerste plaats aan de zorgverzekeraars is om te beoordelen of zorg behoort tot de verzekerde prestaties. Dat leidt niet altijd tot iets goeds, zoals wij zien bij de glucosemeters. Het Zorginstituut en de zorgverzekeraars spelen ieder hun rol, maar uiteindelijk moeten besluiten over het basispakket wel maatschappelijk gedragen en democratisch genomen worden. Is de Minister dat met ons eens?

De **voorzitter**: Tot slot geef ik het woord aan de heer Rutte. Aan hem de uitdaging om voor aanvang van de stemmingen zijn termijn af te ronden.

De heer **Rutte** (VVD): Anders word ik weggepiept! Dat is ook al zowat. Een piep mag je het niet eens noemen. Ik zal maar snel beginnen.
Voorzitter. We hebben een breed pakket aan verzekerde zorg in Nederland. Dat hebben we en dat houden we. De Rekenkamer toonde al aan dat harde pakketmaatregelen, het uit het pakket halen van een totale vergoeding, meestal niet de financiële opbrengst geven die wij zouden willen. Wat wel echt iets oplevert, is stringent pakket pakketbeheer. Wij moeten permanent toezicht houden. Valt datgene wat wij doen, binnen de vergoeding? Voldoet de behandeling die wij doen nog wel aan de stand der wetenschap en praktijk? De Rekenkamer zegt daarvan dat het heel kansrijk is. Het Zorginstituut doet dat. Ik vraag de Minister om ook het medisch evaluatieonderzoek goed daarbij te betrekken. Ik heb daar vorig jaar per amendement 1 miljoen euro extra voor gevraagd en daar worden ook goede projecten mee gedaan door ZonMw. Het geld is ook voor dit jaar gematcht door de zorgverzekeraars. Bij stringent pakketbeheer hoort volgens de VVD ook dat je permanent blijft evalueren of een bepaalde behandeling nog wel voldoet aan de stand der wetenschap en praktijk. Is het niet een goed idee om stringent pakketbeheer en medische evaluatieonderzoeken bij elkaar te brengen en daar ook de rol van de verzekeraars duurzaam bij te regelen? Wil de Minister daarover in overleg gaan met de verzekeraars en de Kamer daarvan op de hoogte houden?
Een aantal woordvoerders heeft al iets gezegd over de psychosociale nazorg bij kanker. Het is een bekend fenomeen dat je in een enorm psychisch gat kunt vallen als je een kankerbehandeling hebt ondergaan. Je hebt vaak de dood in de ogen gezien, heftige fysieke ingrepen ondergaan en hevige behandelingen met medicijnen gehad. Na die tijd ben je genezen; althans, dat geldt gelukkig voor veel patiënten. En dan vraag je je in een keer af: wat is er eigenlijk met mij gebeurd? Mensen kunnen daar veel problemen van ondervinden. Er is een heel sterke lobby gaande om de aanpassingsstoornis terug te krijgen in het pakket. Ik denk dat het veel beter is om te bekijken of wij de psychische behandeling op dag één van de kankerbehandeling kunnen laten beginnen. Zou het niet zo moeten zijn dat de psychische ondersteuning van de patiënt bij kanker integraal onderdeel moet zijn van de DOT (dbc's Op weg naar Transparantie) oncologie?

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik denk dat iedereen tranen in zijn ogen krijgt, vooral van de psychische gevolgen van het genezen van kanker of van het iemand verliezen aan kanker, dus van de rouwverwerking. Dat was gisteren ook te zien bij EenVandaag. Waarom pleit de VVD hier nou alleen voor in verband met kanker? Mensen kunnen ook genezen van een andere ernstige ziekte of hun naaste verliezen aan een andere ziekte. Zij kunnen zeer getraumatiseerd zijn na een ernstig auto-ongeval. Er zijn zelfs mensen die zeer getraumatiseerd zijn van iets heel moois, zoals een bevalling. Waarom zouden we het niet voor iedereen goed regelen?

De **voorzitter**: Wij gaan straks over op de beantwoording van deze vraag, want dit is de stemmingsbel. Ik schors de vergadering tot na de stemmingen.

De vergadering wordt van 14.43 uur tot 15.07 uur geschorst.

De **voorzitter**: We zijn in afwachting van mevrouw Bouwmeester en mevrouw Leijten. Zij zijn nog bij de regeling van werkzaamheden. Omwille van de tijd en het feit dat wij dit algemeen overleg echt om 17.00 uur moeten afronden, stel ik met uw welnemen voor om de heer Rutte de gelegenheid te geven om zijn betoog af te ronden. Ik hoop dat de timing dan dusdanig is dat mevrouw Leijten terug is als het betoog van de heer Rutte is afgelopen. Op die manier kan zij dan het antwoord op haar vraag krijgen.

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter, mag ik een kleine procedureopmerking maken?

De **voorzitter**: Ja.

De heer **Rutte** (VVD): Dat betekent dat ik het onderwerp psychische zorg bij kanker dus even parkeer totdat mevrouw Leijten terug is. Dan ga ik verder met de rest van mijn betoog.

De **voorzitter**: Dat lijkt mij een goed idee.

De heer **Rutte** (VVD): Er zit wel een bruggetje in, namelijk: laten wij psychische zorg bij kanker niet als losse trajecten zien, maar de patiënten zo veel mogelijk integraal behandelen. Zorg ervoor dat het herstel op dag één van de behandeling begint. Zorg ervoor dat het psychische herstel net zo belangrijk is bij een kankerbehandeling als het fysieke herstel. Graag krijg ik hierop een reactie van de Minister.
Dit AO is een beetje een rondje «spot the lobby». Er wordt stevig gelobbyd voor allerlei vormen van fysiotherapie; met onderbouwing, laat dat duidelijk zijn. We hebben allemaal het verhaal gelezen dat het misschien wijzer zou zijn om mensen met etalagebenen een fysiotherapeutische behandeling te laten ondergaan dan een tweedelijnsbehandeling. Ik denk dat de oplossing een ontwikkeling van een integrale richtlijn zou kunnen zijn. Het gaat dan niet om de vraag «zit fysiotherapie in het pakket of niet?» maar om de vraag «kunnen we komen tot een integrale richtlijn voor de behandeling van bijvoorbeeld etalagebenen?» Dan kan het best zijn dat een specifieke fysiotherapeutische behandeling van etalagebenen, mits goed geprotocolleerd, een eerste stap is die we zouden moeten zetten. Pas als dat niet werkt, zou je een tweede stap moeten zetten. Dat is heel wat anders dan te zeggen dat fysiotherapie in zijn algemeenheid terug moet in het pakket, want daar voel ik niet voor. Er zijn meer behandelingen waarvoor je een integrale richtlijn zou willen die zich ook uitstrekt naar de eerste lijn. Als het doelmatig is om iets juist in de eerste lijn te behandelen, is het wellicht een idee om te zeggen: dan behoort het voor die behandeling op die manier en via dat protocol wel tot de basisverzekering. Graag hoor ik van de Minister hoe zij daarnaar kijkt.
Tot slot in het rondje «spot the lobby» kom ik te spreken over gehoorapparaten voor kinderen. Daar is heel intensief voor gelobbyd, en niet onterecht. Er is een kleine groep kinderen wier ouders de eigen bijdrage niet kunnen betalen, maar ook die kleine groep is van belang. Die kinderen kunnen zelf de keuze niet maken. Ik sluit mij aan bij alle woorden die mijn voorganger hierover heeft gezegd. Ik ben benieuwd hoe de Minister daarop reageert.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Wat de heer Rutte zegt over het opnemen van de fysiotherapeutische behandeling of de behandeling van aanpassingsstoornissen et cetera in de richtlijnen bij bepaalde somatische behandelingen, vind ik heel interessant. Ik vrees echter dat het heel erg

lang gaat duren voordat het zover is. Ik vraag mij af of de VVD ook een idee heeft over hoe je in de tussentijd voor een oplossing kunt zorgen voor mensen die dit echt wel nodig hebben. De heer Rutte zei terecht dat psychosociale oncologische zorg heel erg belangrijk is. Als je daar op tijd mee begint, gaat het herstelproces vaak veel sneller. Ziet hij ook mogelijkheden om hier een tussentijdse oplossing voor te vinden?

De heer **Rutte** (VVD): Tussentijdse oplossingen schud ik niet zomaar uit mijn mouw. Ik zou het interessant vinden als we zo snel mogelijk kunnen komen tot een integrale behandeling van kanker. Wellicht kan dat sneller dan gedacht. Vanaf de dag dat iemand begint met zijn oncologische behandeling of misschien al wel daarvoor kan dan ook het psychisch herstel in gang worden gezet. Een andere oplossing lijkt mij ingewikkeld, omdat je dan wellicht toch gauw komt op het vergoeden van de behandeling van de aanpassingsstoornis. Die oplossing is mij echt te breed. Er zitten te veel zaken in die vroeger vielen onder de aanpassingsstoornissen, die we niet goed kunnen vastpakken en waarvan ook de VVD zegt: die horen voor een deel bij het leven; die moeten we niet medicaliseren. Ik zie dus geen eenvoudige oplossing op dit punt. Als ik een oplossing had, zou ik haar hier graag willen noemen, maar helaas weet ik het echt niet.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik vraag het met name omdat we inderdaad bij fysiotherapie maar ook bij de behandeling van aanpassingsstoornissen misschien al in een eerder stadium kunnen identificeren waar het echt heel belangrijk is. De etalagebenen zijn genoemd. Het gaat bijvoorbeeld ook om fysiotherapie na heupoperaties of knieoperaties. Die wordt voor een deel vergoed, maar voor een heel groot deel moet je die zelf betalen. Daarna is het weer vergoede zorg en dan wordt er vaak eindeloos mee doorgegaan. Wat vindt de heer Rutte van de mogelijkheid om ook te bekijken waar kwalitatief goede zorg wordt geleverd en waar niet?

De heer **Rutte** (VVD): Ik ben er erg voor om scherp te zijn op waar kwalitatief goede zorg wordt geleverd. Juist daarom zeg ik ook: laten we bekijken of we kunnen komen tot een goede richtlijnvorming over de eerste en de tweede lijn heen. Laten we niet het instituut vergoeden, maar laten we conform die richtlijn bekijken welke behandeling effectief is. Dan moeten we ook terechtkomen bij een therapeut die op de juiste manier behandelt en die de juiste kwaliteiten heeft. Dat kan even tijd kosten, maar dan doen we het ook op de juiste manier. Tot die tijd zou ik niet zomaar de deur willen openzetten voor integrale vergoedingen voor bepaalde beroepsgroepen. Daar pleit ik in ieder geval niet voor.

De **voorzitter**: U was al aan het einde van uw betoog gekomen, maar u had nog een interruptie van mevrouw Leijten. Ik heb begrepen dat de regeling van werkzaamheden voorbij is. Als u op die interruptie wilt reageren, dan bied ik u nu daartoe de gelegenheid. Anders ronden we nu de eerste termijn af en kunt u hier wellicht in tweede termijn op reageren. Ik laat het even aan u.

De heer **Rutte** (VVD): Ik zal direct mijn reactie geven. Wie weet komen we er in tweede termijn nog op terug; dat zien we dan wel weer. Mevrouw Leijten vroeg mij: zou je dan niet veel breder moeten kijken? Zij zei daarbij: mensen kunnen meer ellende in het leven meemaken, zoals heftige operaties of een auto-ongeluk, en daar psychisch leed van ondervinden. Dat is allemaal waar. Ik pleit nu voor een integrale benadering van oncologische behandelingen, om te kijken of daar mogelijkheden liggen. Ik denk ook dat het kan. Ik sluit helemaal niet uit dat het in de toekomst ook voor meerdere behandelingen kan. Ik ben er echter niet voor – dat zei ik net al tegen mevrouw Dijkstra – om de aanpassingsstoornis erin terug te brengen. Sommige dingen horen nou eenmaal bij

het leven, ook al zijn ze vervelend. Dan praat je over rouwverwerking, ontslagverwerking. Mensen die scheiden, kunnen daar ook heel veel leed van ervaren. Ook dan zou je bij de psycholoog terecht kunnen komen. Dat soort zaken wil ik juist niet onder de vergoeding brengen, ook al kunnen die mensen wel degelijk psychisch lijden.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de eerste termijn van de Kamer. Ik geef graag het woord aan de Minister voor de beantwoording in eerste termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Ieder jaar spreken wij tegen de zomer over het basispakket. Ik zou graag de heer Van der Staaij willen nazeggen dat wij meestal zulke debatten voeren over de vraag wat er uit het pakket zou moeten. Daarbij gaat het altijd om lijstjes en ingewikkelde berekeningen. Ik wil toch wel markeren dat het debat nu met name gaat over dingen die in het pakket zouden moeten.
Er is mij gevraagd wat ik vind van de reactie van de Algemene Rekenkamer. Die heeft gezegd: bij de digitale beslissingen over de vraag of iets in het pakket zit of niet, vallen de opbrengsten niet altijd mee. Of de Rekenkamer zei eigenlijk dat de opbrengsten tegenvallen en dat dit komt door het weglekken van negatieve substitutie. Een arts zegt dan: ik schrijf dat niet meer voor omdat het uit het pakket is; ik schrijf iets voor wat veel duurder is, maar wat wel wordt vergoed. Dan ben je duurder uit. Dat soort effecten zijn er wel degelijk als je digitale beslissingen neemt. Ik heb niet voor niets al veel eerder, namelijk bij de start van dit kabinet, gezegd dat digitale beslissingen over in en uit het pakket niet zo zinnig zijn als je het vanuit de kwaliteit aanvliegt. Als je het vanuit de kwaliteit aanvliegt, beslist een arts over iets wat in het pakket zit dat het helemaal niet zo zinnig is of zuinig is om dat aan iemand voor te schrijven, maar dat het voor iemand anders misschien wel van cruciaal belang is. Daarom hebben we gezegd dat we veel meer naar een genuanceerde benadering van het pakket moeten. Daar zijn we mee bezig. We hebben dat «stringent pakketbeheer» genoemd. Dat betekent dat Zorginstituut Nederland systematisch het hele pakket doorspit om te kijken wat erin zit: is dat obsoleet, kan dat beter, moet dat anders worden toegepast? Ik heb de Kamer ook geschreven dat het alleen succesvol kan zijn als degene die daar de poortbewaker is – dat is de arts – een kritisch oog daarvoor heeft. Als hij niet kritisch zegt dat het voor iemand niet zinnig en zuinig is en als hij het automatisch voorschrijft, ontstaat er vanzelf de druk om het niet alleen voor bepaalde personen maar voor iedereen uit het pakket te halen. Daar hebben we in het verleden heel slechte voorbeelden van gezien. Enerzijds willen we dus een genuanceerde benadering en anderzijds heb ik van begin af aan een slag om de arm gehouden. We hebben immers gezien dat er negatieve ervaringen zijn geweest met een aantal behandelingen. We hebben het geprobeerd bij de maagzuurremmers. Daarvan hebben we gezegd: als iemand af en toe maagzuurremmers moet slikken, dan kost dat onder de € 10 per maand en dan zou dat best voor iemands eigen rekening kunnen zijn. Maar als een chronisch zieke, naast een heleboel andere medicijnen, maagzuurremmers moet slikken, dan zouden die toch echt onderdeel van het pakket moeten zijn. Je ziet toch dat er sprake is van substitutie en dat het aantal chronisch zieken ineens rap is gestegen, aangezien er blijkbaar toch een andere selectie onder zit. Ik kan dit dus alleen voortzetten als wij op dit punt daadwerkelijk een bondgenootschap met artsen vinden. Er zijn vandaag diverse vragen gesteld over het pakket. Op heel veel van die punten heb ik de arts als bondgenoot hard nodig om de genuanceerde benadering daadwerkelijk uit te voeren. Als we bespreken wat er in en uit het pakket moet, hebben we het eigenlijk altijd over extramurale behandelingen, want daar ligt een expliciete pakketbeslissing aan ten grondslag. De grootste uitbreiding van het pakket betreft echter intramurale zorg. In het ziekenhuis komen er

bijvoorbeeld automatisch, zonder dat de overheid daar een besluit over heeft genomen, heel dure geneesmiddelen. Ik heb al gezegd dat er een aantal geneesmiddelen aankomen met een beslag van honderden miljoenen. Dan komt er niet één geneesmiddel aan, maar komen er verschillende aan. Als dat geneesmiddelen waren die een beetje meer van hetzelfde zouden zijn, dus me-too-achtige geneesmiddelen, dan was het niet zo'n punt. Er komen echter geneesmiddelen aan die enorm veel kunnen betekenen als we die ter beschikking kunnen stellen aan patiënten, maar die wel enorm veel beslag op de kosten leggen. We zullen dus moeten kijken naar een ander systeem dan dat we nu hebben voor intramurale zorg. Ik heb aangegeven dat er op 2 juli twee belangrijke rapporten in dat kader komen.
Mevrouw Dik-Faber heeft gevraagd wat de stand van zaken is. De stand van zaken is dat er twee belangrijke rapporten aankomen.
Is nacalculatie automatisch een oplossing? Mevrouw Klever herinnerde mij daaraan in haar motie. Een en ander betekent dat je voor honderden miljoenen zonder toetsing, copy-paste in het pakket laat gaan en dat niemand een prikkel heeft om daar kritisch naar te kijken, omdat het automatisch wordt nagecalculeerd. Op 2 juli komen er twee belangrijke rapporten uit over dure geneesmiddelen, namelijk het rapport van KWF en het rapport van de NZa (Nederlandse Zorgautoriteit). Op basis van die rapporten zullen we met elkaar moeten bekijken hoe we dit op een zorgvuldige en doelmatige manier doen. Ik ben daar nog helemaal niet uit. Ik sta open voor goede adviezen. Als er echt kwaliteit van leven is te halen voor patiënten die nu geen kwaliteit van leven hebben, moeten we bekijken of we het toch toegankelijk kunnen maken.

De **voorzitter**: Voordat u verdergaat, is er een vraag van mevrouw Klever. Voordat ik haar het woord geef, deel ik mee dat mevrouw Dik-Faber deze vergadering om 15.45 uur helaas moet verlaten vanwege een ander debat. Ik heb begrepen dat er wel wordt meegeluisterd.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik ben een beetje verbaasd over de uitspraak van de Minister. Zij zegt: het betekent dat je voor honderden miljoenen in het pakket doet. Die dure medicijnen tegen kanker zitten al in het pakket. Het probleem is alleen dat artsen die medicijnen niet voorschrijven omdat ze geen budget hebben. De Minister zegt ook «zonder toetsing». Daar hebben we toch een arts voor? Hij kijkt naar de richtlijnen. Het punt was nou juist dat de medicijnen die in die richtlijnen staan niet worden voorgeschreven, om financiële redenen. We gaan er binnenkort nog over praten. De reden waarom ik dit punt heb ingebracht, is dat volgens hoogleraar Punt mogelijk 2.000 patiënten per jaar die medicijnen niet krijgen. Dat zijn 40 patiënten per week. Elke week dat we langer wachten, krijgen gemiddeld 40 patiënten die medicijnen niet.

Minister **Schippers**: Ik ben van mening dat, als iets behoort tot de stand van de wetenschap, patiënten dat horen te krijgen. Ik ben ook van mening dat je, als je in een ziekenhuis een kankerbehandeling uitvoert en je op een gegeven moment tot de conclusie komt dat je een bepaald medicijn moet voorschrijven, óf de kankerbehandeling helemaal uitvoert en dan ook het medicijn voorschrijft, óf de behandeling helemaal niet doet. Je kunt niet zeggen: wij doen die behandeling wel, maar als het duur wordt, gaan we u van het kastje naar de muur sturen. Wij verschillen daar niet van mening over. Wij verschillen van mening over de oplossing. Als je automatisch nacalculeert, krijg je, zeker met de druk op het budget die ik verwacht in het komende jaar, niet alleen de situatie die we nu hebben. De situatie wordt zelfs veel erger, omdat we veel grotere claims op het budget voor het ziekenhuis of voor wie of wat dan ook dan krijgen. Daarom zeg ik dat het huidige systeem niet werkt. Ik ben ook geen voorstander van het systeem dat mevrouw Klever in haar motie heeft

verwoord. We moeten echt zoeken naar een manier waarop we dit met elkaar gaan oplossen. Totdat we het hebben opgelost, is het evident dat een ziekenhuis zijn behandeling integraal moet geven. Dat betekent dat een ziekenhuis die behandeling ook moet geven als er dure medicijnen in het geding zijn.

Mevrouw **Klever** (PVV): Ik ben het met de Minister eens dat ziekenhuizen die medicijnen moeten geven, maar het punt is nou juist dat we in de media overspoeld worden met berichten dat ze die niet geven. Wat gebeurt er als een ziekenhuis geen geld heeft? Wat gebeurt er als een ziekenhuis failliet dreigt te gaan omdat het die medicijnen moet geven? Dan geeft het ziekenhuis die medicijnen niet. We hebben allemaal gehoord wat hoogleraar Punt hierover zei. We hebben ook een oncoloog hierover horen spreken. Het gebeurt al. Wat gaat de Minister doen als zij mijn oplossing afwijst? Welke oplossing heeft de Minister dan? We weten immers allemaal dat het gebeurt.

Minister **Schippers**: Als je een complex probleem hebt, heb je niet zomaar een oplossing. Dat is precies de reden waarom ik twee werkgroepen aan de gang heb gezet. Zij komen op 2 juli met hun rapport. Ik hoop dat er in het rapport handvatten zitten voor hoe we dit goed kunnen oplossen. In de tussentijd heeft iedereen de zorg te leveren zoals we dat hebben afgesproken. Ik heb geen oplossingen in mijn achterzak. Als ik die had, had ik ze allang doorgevoerd. Wij gaan daarnaar kijken als ik de rapporten heb. Maar het om financiële redenen niet geven van medicijnen die nodig zijn, is niet acceptabel.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Het antwoord van de Minister stelt ons gerust. Zij zegt: ziekenhuizen moeten óf iemand helemaal behandelen óf niet behandelen. Dat is een belangrijk uitgangspunt.
De prikkel die er nu is, houdt blijkbaar niet in dat het bestuur van een ziekenhuis artsen prikkelt om op basis van richtlijnen en kwaliteit het juiste voor te schrijven. We horen wel heel veel berichten van artsen die met naam, maar ook anoniem in de media zeggen: het bestuur van mijn ziekenhuis zegt gewoon «niet voorschrijven». Dan klopt er iets niet in de interne governance en de aansturing van zo'n bestuur van een ziekenhuis. Wordt dat aspect ook meegenomen in het onderzoek?

Minister **Schippers**: Dat weet ik niet, want dat onderzoek moet ik nog afwachten. Ik heb de resultaten nu nog niet. Ik heb dus echt geen idee wat er in dat onderzoek staat. Het KWF leidt het onderzoek. Het KWF heeft het ingezet. Hoogleraren en andere deskundigen zetten zich daarvoor in. Ook Zorginstituut Nederland is erbij betrokken. Ik zal dus moeten afwachten wat hun analyse is en wat hun voorstellen zijn voor een oplossing. 2 juli is gelukkig snel. Ik hoop dat het wat heeft opgeleverd. Als het onderzoek weinig concrete dingen heeft opgeleverd, zullen we er toch wat aan moeten doen. Dan zullen we van de zomer toch moeten bekijken hoe we op een andere wijze een goede oplossing voor dit probleem kunnen bedenken en uitwerken.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De vraag was alleen: wordt die vraag gesteld? Als die vraag niet wordt gesteld, kan de Minister die vraag dan wel laten meenemen? Ik vind het namelijk zorgwekkend dat er artsen zijn die met naam, maar ook anoniem zeggen: het bestuur van mijn ziekenhuis stuurt op het niet voorschrijven. Dan klopt er iets niet in de prikkel. Het is wel essentieel om mee te nemen of toevallig een paar mensen dit op televisie zeggen of dat het breed wordt herkend. Als het wordt herkend, dan moet daar een gerichte oplossing voor komen. Op dat punt ben ik het met de Minister eens. Maar als die vraag niet wordt meegenomen in het

onderzoek, dan missen we wel een cruciaal punt, want daar draaien al die casussen om.

Minister **Schippers**: Dit was precies de aanleiding om met het KWF en de patiëntenverenigingen die er ook bij betrokken zijn, om tafel te gaan. Er is hier een proces gaande. Ik weet niet hoe groot het is en uiteindelijk krijgen mensen in grote mate toch hun zorg, maar dit is een ontwikkeling die we niet willen en niet moeten willen. De commissie probeert het probleem te ontrafelen en probeert voorstellen te doen. Ik weet niet of ze het ineens kunnen oplossen, want het is een heel groot probleem. Ik hoop dat ik er goede handvatten in zie. Ik kan hun geen opdrachten meer geven, want ze zitten echt in de afrondende fase. 2 juli komt het rapport uit. Het gaat meteen naar de Kamer toe. Er is dus geen ruimte meer voor het toevoegen van vragen. Ik weet niet welke datum het vandaag is, maar het is vrij snel 2 juli; dat gevoel heb ik wel.
Als je het niet hebt over dingen die uit het pakket moeten, waar de focus op gericht is, komt de focus veel meer te liggen op het terugdraaien van maatregelen en op dingen die weer in het pakket komen. Daarbij vind ik het wel van groot belang dat we goed bekijken wat echt duurzaam is. Een aantal dingen zijn niet zonder reden uit het pakket gehaald. Daar zijn toch wel belangrijke argumenten voor. Er zijn een aantal andere manieren van zorg inrichten. Daar kom ik zo op. Ik heb een hele waslijst, die ik zo even zal langslopen, met manieren waarop je dit oplost. Voor mij is het wel van groot belang dat wij een pakket hebben dat duurzaam is en dat goed in elkaar zit. De systematische doorlichting van het pakket door Zorginstituut Nederland zal een belangrijke bijdrage leveren aan zinnige en zuinige zorg. De eerste rapporten heb ik de Kamer toegezonden. Een en ander zal in de toekomst fors worden doorgezet.
De Algemene Rekenkamer heeft een brief gestuurd. Voordat de Rekenkamer aan het onderzoek begon, heb ik daar met hem over gesproken. De Algemene Rekenkamer en ik verschillen niet erg van mening over de wijze waarop je het zou moeten doen. Zijn rapport is zeer ondersteunend voor het beleid. Er is geadviseerd om het via de weg van stringent pakketbeheer te doen en via de weg van veel meer selecteren wie er zorg nodig heeft en wanneer die zinnig en zuinig is. Dat is ook precies de weg die wij zijn ingeslagen.
Er is gevraagd of ik wil inventariseren welke regels er zijn in het pakket bij de zorgverzekeraars. Kan die regulering niet worden gedaan door het Zorginstituut? Het is belangrijk dat het heel helder is wat in het pakket zit en dat er geen willekeur is tussen verzekeraars onderling als het gaat om de vraag of iets wel of niet vergoed moet worden uit het pakket. We moeten uitgaan van een uniform verzekerd pakket voor alle verzekerden. Er is een verschil tussen welke zorg wel of niet wordt vergoed en welke procedurele en administratieve voorschriften verzekeraars mogen stellen ten behoeve van de vergoeding van de zorg. Ten aanzien daarvan geldt dat verzekeraars ook enige beleidsruimte hebben, niet om iets te verhinderen, maar bijvoorbeeld wel om als iets heel duur is, te checken of dat zinnige en zuinige zorg is en wie dat dan heeft bepaald of dat die stap is overgeslagen. Dat zijn procedurele stappen. Het moet goed uitvoerbaar zijn voor de verschillende partijen, opdat de patiënt tijdig de zorg ontvangt waar hij recht op heeft. Het moet er niet toe leiden dat er verschil in aanspraak ontstaat. Dat is ook de reden waarom ik met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Zorginstituut en de ACM in gesprek ben om na te gaan hoe verzekeraars deze rol binnen de Zorgverzekeringswet kunnen oppakken zonder dat dit verschillen in aanspraak tussen patiënten oplevert en zonder dat we allerlei mededingingsrisico's hebben. Wij bekijken of het een groot gevaar is en, zo ja, wat daaraan kan worden gedaan. Ik denk dat dit redelijk tegemoetkomt aan de inventarisatie die onder andere door de Partij van de Arbeid is gevraagd.

Het CDA vroeg hoe ik voorkom dat verzekeraars apart duiden. Hierover voeren we reeds gesprekken. Verzekeraars zitten hier namelijk ook niet op te wachten. Ook de patiëntenbeweging en de aanbieders zitten er niet op te wachten. Wij hebben dat nog niet zo lang geleden gezien. Dit gesprek is daaruit voortgekomen. We willen voorkomen dat we daar willekeur krijgen.

De **voorzitter**: Mevrouw Bruins Slot heeft een vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb geen vraag maar een punt van orde. Dat gesprek gaat de Minister nu houden. Dat is precies wat er nodig is. Komt het verslag of de uitkomsten van dat gesprek naar de Tweede Kamer toe?

Minister **Schippers**: Het gesprek is gaande. Het is dus niet zo dat we nog moeten starten. We zijn er al mee bezig. Als er uitkomsten zijn, zal ik ze naar de Kamer sturen. Ik weet niet wat de termijn daarvoor is. Als je met gesprekken aan de gang gaat, probeer je dat zo goed mogelijk te doen. Ik kan wel een update voor de begroting geven.
D66 en de Partij van de Arbeid hebben gevraagd om nader onderzoek te doen naar perverse prikkels in het pakket waardoor het voor verzekerden loont om een te zware vorm van zorg te gebruiken. Mevrouw Dijkstra sprak van stepped care. Dat is de goede benaming voor de gedachte dat je eerst probeert wat eerst kan en dat je pas later voor zwaardere zorg kiest, als dat moet. Dat is een essentieel van het beleid. Dat is ook opgenomen in de behandelrichtlijnen voor medische professionals. Zij moeten veel meer van de «stepped care»-benadering uitgaan. Als artsen zich hier meer aan houden, kan ook worden voorkomen dat iemand te snel te zware zorg krijgt. Hierbij gaat het niet alleen om het financiële aspect. Zware zorg is vaak heel ingrijpend. Voor de patiënt is het dus ook helemaal niet plezierig. Als je kijkt naar het pakket, zie je dat er vaak voor simpele zorg geen eigen bijdrage geldt, omdat die in de eerste lijn zit. Voor de tweede lijn is er wel een eigen bijdrage. Dat is een goede prikkel om het zo laag mogelijk in de keten te doen. Als je iets bij de huisarts kunt laten doen, heb je geen eigen bijdrage. Ga je naar bijvoorbeeld naar de HAP (huisartsenpost) of naar de spoedeisende hulp, dan is er ook een verschil in eigen bijdrage. Daar werkt de financiële prikkel goed. Er zijn een aantal voorbeelden waarbij ik ervan overtuigd ben dat je in de richtlijnen de oplossing moet vinden. De behandeling van etalagebenen is er één van. We kunnen iedere keer losse dingetjes verzinnen, maar we moeten het duurzaam vastleggen. Je moet het duurzaam vastleggen door er in de richtlijnen aandacht aan te besteden. Het voorbeeld van etalagebenen is heel vaak genoemd. Ik ben ook bereid om Zorginstituut Nederland te vragen om dit actief op te pakken, opdat er ook een advies komt over dit voorbeeld. Los van dit voorbeeld, zullen er vast ook voorbeelden zijn van zaken die niet worden opgepakt omdat een groep er misschien wat minder belang bij heeft. Dan doel ik niet op de patiënt. Ik vind het van belang dat we dan toch kijken naar de «stepped care»-benadering en dat we nagaan hoe we een en ander zinnig tot stand kunnen brengen.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Er zit ook iets raars aan fysiotherapie waarbij je de eerste twintig behandelingen zelf moet betalen. Als je daardoorheen bent, kan de fysiotherapeut ongelimiteerd doorgaan met behandelen. Ook daarbij zijn richtlijnen heel belangrijk. Je kunt je afvragen of je het niet juist zou moeten omdraaien.

Minister **Schippers**: Daar heb ik jaren geleden al over gesproken met de koepel van fysiotherapeuten. Daarbij ging het om de vraag of er een methode voor zou zijn. Je ziet vaak dat behandelingen minder effect

hebben als ze langer duren. Als je ze eerder doet, werken ze vaak preventiever en hebben ze dus een positiever effect. Heel veel fysiotherapeuten zeggen dat heel lang behandelen uiteindelijk veel minder effect heeft. Je zou het dus moeten omdraaien. Indertijd hebben wij een exercitie gedaan, die uiteindelijk niet heel erg geslaagd is, anders was het nu natuurlijk anders geweest. Ik heb de nieuwe voorzitter van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) gesproken om die exercitie wederom met elkaar te doorlopen. We hebben de brief van de zorgverzekeraars ook gezien. Ik zou zeggen: mooi, schuif meteen bij dit traject aan. De vraag is of er een systeem te bedenken is waarin je het veel meer omdraait. Het gaat dan dus ook over dingen die je nu niet doet waarvan je eigenlijk ook moet constateren: het is niet zo zinnig om die dingen te doen. De bedoeling is om het om te draaien. Die exercitie zal de komende periode ook plaatshebben met de vereniging voor fysiotherapeuten, het KNGF. Als ik de brief van de zorgverzekeraars goed heb begrepen, zouden zij toch ook enthousiast moeten zijn over het idee om daarbij aan te sluiten.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Dat is goed om te horen. Ik denk dat dit echt een punt van aandacht is, ook gezien mijn eigen ervaringen met fysiotherapie. Ik wil wel van de Minister weten wanneer het naar verwachting zal plaatsvinden. De Minister spreekt van een nieuwe exercitie op dat terrein. Hoelang gaat het duren?

Minister **Schippers**: De vorige exercitie was niet succesvol. Die is ergens gestrand. Het is ook goed om even te bekijken waar die gestrand is. Die chronische lijst heet de lijst-Borst. Ik wil maar even aangeven hoelang die lijst er al is en hoe moeilijk het dus is. De voorzitter was vol enthousiasme en energie. Verzekeraars hebben dit ook aangekaart. Dan moet het toch mogelijk zijn om ervoor te zorgen dat we, als we volgend jaar hier met elkaar zitten, een goed voorstel te hebben dat uitgewerkt is en dat getoetst is, als dat nodig is, waarin de prikkels staan? Dan kunnen we volgend jaar of het jaar daarop die verandering doorvoeren. Dat is het streven.

Mevrouw **Leijten** (SP): De Minister past hierbij dezelfde methode toe als bij de plastische chirurgie. Het veld moet maar met een voorstel komen en dan gaat de Minister ernaar kijken. Op zichzelf is dat prima, maar zij heeft eerder ook tegen reumapatiënten gezegd: bewijs maar dat fysiotherapie voor u effectief is. Daar hebben zij heel veel energie in gestoken, maar nog steeds is het niet opgenomen in het basispakket. Welke wil is er bij de Minister? Welke financiële ruimte is er? Of moet het allemaal binnen het huidige beslag? Als dat laatste het geval is, ga ik ervan uit dat de Minister er niet uitkomt.

Minister **Schippers**: Ik heb steeds het adagium gehanteerd dat we uitgaan van kwaliteit en dat we dan bekijken wat de rekening is. Dan ga je daarover besluiten. Mevrouw Leijten refereert aan reuma. Het Zorginstituut Nederland heeft mij op dit punt negatief geadviseerd. Wij hebben niet voor niets een pakketadviseur. Die adviseert mij over de vraag of het evidencebased is. Het is belangrijk dat Zorginstituut Nederland een goede toets daarover kan doen. Dat is een belangrijke actor in het hele pakketadvies.
Ik kom even terug op de plastische chirurgie. Daarbij zat een en ander eerst in het pakket, maar dat is er niet voor niets uitgehaald. Je zag dat de grens tussen wat medisch noodzakelijk was en wat cosmetisch was, steeds verder werd verlegd en steeds verder vervaagde. Ik heb gezegd: als wij daar een goed model voor kunnen krijgen, kan ik mij heel goed voorstellen dat er evidente medische indicaties zijn en dat iedereen met enige empathie van mening is dat we daar een vergoeding voor zouden moeten hebben. Net als bij fysiotherapie, vind ik het hierbij van groot van

belang – ik refereer aan het begin van mijn betoog – dat er duurzame besluiten worden genomen. We hebben er niets aan als ik het overhaast in het pakket trek en we over twee jaar, als het economisch weer wat slechter gaat en de zorgkosten weer wat harder omhooggaan, moeten constateren: jongens, we hebben daar een gigantische misstap begaan. De plastisch chirurgen zijn hier ook mee bezig, maar zij doen dat niet alleen. De verzekeraars zijn erbij betrokken. Ook het Zorginstituut moet betrokken zijn bij deze trajecten, om goede voorstellen te doen, zodat wij volgend jaar hier zitten met goede voorstellen en een duurzame opname van deze onderdelen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ik zou toch graag antwoord willen op mijn vraag. Is er financiële ruimte mogelijk of moet het binnen de huidige kaders? Daar staat of valt alles mee. Natuurlijk moeten we goede adviezen hebben en goede besluiten nemen, maar als de Minister zegt dat het binnen de ruimte moet die er is, dan weet ik wel waar het schip strandt.

Minister **Schippers**: Financiële kaders zijn ook belangrijk. Het is niet zo dat het geen onderdeel is van het traject. Er zal moeten worden bekeken of het beter en slimmer kan en wat het betekent voor het financiële kader. Betekent het een lichte verruiming maar een veel beter plan? Dan heb je een andere casus dan dat het een verruiming maar een enorm beslag betekent. In dat laatste geval is er een verhoging van de premie. Als wij het nu zouden omkatten zoals Zorgverzekeraars Nederland dat heeft voorgesteld, zou dat een verhoging van de nominale premie betekenen van € 15 tot € 20 per verzekerde. Dat is niet irrelevant. Als je dit op alle onderdelen doet en je het aan het eind bij elkaar optelt, heb je voor je het weet gigantische premieverhogingen, terwijl ik mij afvraag of we er allemaal beter van worden. Financiën spelen dus inderdaad een rol, maar altijd in het licht van de kwaliteitswinst die we behalen. Als het een evenwichtig pakket is, dan zullen we er met een open oog naar kijken en kunnen wij er ook een goed besluit over nemen.
Het idee dat wij het pakket uitkleden, is heel erg ingeburgerd. Om de haverklap wordt gezegd dat wij moeten stoppen met het pakket uitkleden, terwijl we toch met elkaar moeten constateren dat het pakket jaar op jaar gestaag doorgroeit. Wat uit het pakket gaat, is niet te vergelijken met wat erin komt, zeker als we intramurale zorg erbij betrekken. Ik vind het wel belangrijk dat wij het pakket up-to-date houden. Je kunt wel zeggen: we sluiten het pakket, dat is mooi, want dan blijft het financieel allemaal gelijk. Maar er zijn enorme innovaties waar patiënten zo veel belang bij hebben dat we die aan iedereen ter beschikking willen stellen. Dat ging heel langzaam. We hebben met de voorwaardelijke toelating echt een versnelling kunnen aanbrengen. Eerst kon het één keer per jaar, maar nu kan het vier keer per jaar. We zien dat er steeds vaker voorwaardelijke toelatingen in het pakket komen. Die voorwaardelijke toelatingen moeten wel ergens aan voldoen. De kern daarvan is dat ze wel veelbelovend worden geacht door Zorginstituut Nederland, maar dat bijvoorbeeld de kosteneffectiviteitsstudie nog niet helemaal is afgerond. Dan kun je met elkaar vooraf een traject afspreken, zo van: onder voorwaarde dat de kosteneffectiviteitsstudie wordt afgerond, kunnen we dat toelaten. Als blijkt dat het achteraf enorm tegenvalt en dat het nauwelijks iets oplevert, dan haal je het eruit. Zo zijn we er met elkaar aan begonnen. Zo hebben we dus al een aantal dingen voorwaardelijk kunnen toelaten.
Wat betreft de doorlichtingen van het pakket hebben we het Zorginstituut Nederland gevraagd om stringent pakketbeheer op het gebied van ggz te bekijken. Een en ander is breed aangevlogen door Zorginstituut Nederland. In het begrotingsoverleg preventie heb ik aangegeven dat ik een aantal moties zal bekijken. Wat er nu staat, kan ik echt niet lezen. Ik kom hier zo nog op terug.

De heer Rutte vroeg of ik in overleg wil om het medisch evaluatieonderzoek te koppelen aan het stringent pakketbeheer. Het overleg over een shared savings fonds wordt door ZonMw en de zorgverzekeraars gevoerd. Er is terecht gezegd dat zij bijleggen en dat er vanuit de belastinggelden subsidie bij komt. Daar is 1 miljoen extra voor vrijgemaakt naar aanleiding van de motie. De voorwaarde die ik daaraan heb gesteld, is dat het veld voor eenzelfde bedrag cofinanciering realiseert. Ik hecht eraan dat stringent pakketbeheer, of er nou cofinanciering is of niet, gewoon voortgang vindt. Er zijn natuurlijk wel dwarsverbindingen tussen stringent pakketbeheer en de medische evaluatie. Ik zal de Kamer in het najaar een brief sturen over de vraag of er een koppeling mogelijk is en waar ik die koppeling zou kunnen maken.
Ik kom op de psychosociale zorg. Daar is veel over gezegd en over gesproken. Ik heb ook met de koepelorganisatie voor inloophuizen gesproken. Wij zijn eens goed gaan kijken hoe het zich de afgelopen periode heeft ontwikkeld. Je ziet dat het zich divers heeft ontwikkeld, dat er inderdaad zorgaanbieders zijn die al vanaf dag één dat iemand de diagnose kanker krijgt, psychosociale zorg aanbieden en dat die zorg ook wordt vergoed door verzekeraars. Dat is de methode die ik het meest adequaat vind. Het is heel gek als je na een heel ingrijpende behandeling ineens bent uitbehandeld. In de behandeling zie je ontzettend vaak een golfbeweging; mensen die worden behandeld tegen kanker, hebben een punt waarop ze zijn uitbehandeld. Daar is alles op gefixeerd, maar daarna komt de klap. Dan ben je ineens genezen, maar dan heb je nog allerlei lichamelijke en psychische klachten naar aanleiding van wat je hebt meegemaakt. Ik vind dat die hulp integraal onderdeel moet zijn van een diagnose-behandelcombinatie. Die heet ook niet voor niets «diagnose-behandelcombinatie». Ik vind dat dit niet alleen bij kanker zo moet zijn, maar ook bij andere ingrijpende ziekten. Daarom heb ik besloten om met ziekenhuizen en verzekeraars te bekijken waar het al wordt vergoed en hoe het kan dat het bij de ene vergoed wordt en bij de andere niet. Hoe zorgen we ervoor dat het een integraal onderdeel van de behandeling en dus ook van de dbc wordt? Ik zal de Kamer daar voor de begrotingsbehandeling over informeren. Het gaat mij dus niet alleen over deze ziekte maar over alle somatische, ingrijpende ziektes waarbij dit relevant is.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Gaat de psychosociale behandeling voor kinderen van ouders die ernstig psychisch in de war zijn of verslaafd zijn, straks ook meelopen in dit traject? Dat zou namelijk een heel logische aansluiting hierop zijn.

Minister **Schippers**: Mevrouw Bouwmeester heeft gevraagd of ik dat kan onderzoeken. Ik kan uit de losse pols niet beoordelen waar je dat het beste aan kunt koppelen. Ik kan mij voorstellen dat je het aan zo'n traject kunt koppelen of dat je het anders zou doen. Ik zeg toe dat ik voor de begroting terugkom op de vraag hoe je dat zou moeten vormgeven. Ik weet dat zo een-twee-drie nog niet.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Dank voor deze toezegging.

Minister **Schippers**: Ik kom op de richtlijn inzake aanpassingsstoornissen. Het netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz werkt aan een zorgstandaard aanpassingsstoornissen. Dat komt de huisarts en de praktijkondersteuner ggz ten goede. Als die richtlijn er is, zal de POH een belangrijke taak hierin krijgen. Ik ben niet voornemens om de behandeling van aanpassingsstoornissen zoals die ooit bestond, terug te trekken in het pakket. Ik volg daarin Zorginstituut Nederland, die een onderscheid maakt tussen klacht, stoornis of ziekte. Ik vind dat we op dit gebied veel meer maatwerk moeten vinden. Daaronder versta ik dat bijvoorbeeld bij dbc's wordt bekeken waar het een integraal onderdeel hoort te zijn van de behan-

deling. Hetzelfde geldt voor relatietherapie. Ik ben van mening dat die therapie niet voor niets uit het pakket is gehaald. Ik vind dat het hierbij niet gaat om een ziekte. En wij hebben toch een ziektekostenverzekering met elkaar?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Er is inderdaad discussie geweest over leefstijlinterventies en relatietherapie. Ik kwam op dit onderwerp omdat de Minister het zelf in de brief als voorbeeld noemde waarbij het alleen digitaal ja/nee was. De vraag is of je niet meer gedifferentieerd kunt bekijken of het, juist als het bijvoorbeeld sterk met psychosociale klachten verbonden is of met klachten van depressieve aard, niet een veel betere interventie zou zijn.

Minister **Schippers**: Bij het uit het pakket halen van aanpassingsstoornissen hebben we een gigantische substitutie naar het aantikken van depressie gezien. Dat is een van de voorbeelden van de Algemene Rekenkamer. Je ziet wat er gaat gebeuren, en dan gaat het echt niet om een beetje. Je ziet het aantal keren dat de diagnose depressie wordt gesteld omhoogschieten. Die piek is net zo groot als het dal. Ik heb problemen met het volgende. Als aan de sector wordt gevraagd wat men een goed pakketbeheer vindt, dan zegt men: dat is aan de politiek. Maar als de politiek besluiten neemt, zegt men: dat vinden wij geen goed besluit; wij gaan zelf hierin creatief aantikken. Zorginstituut Nederland is een en ander verder gaan ontwikkelen naar aanleiding van de aanpassingsstoornissen. Je ziet wel dat pakketbeslissingen heel erg te maken hebben met het onderscheid tussen een stoornis, ziekte of klacht. Zorginstituut Nederland heeft heel zinnige dingen over dat onderscheid gezegd. We hebben de POH-ggz bij de huisarts gezet. Als je lichte problemen hebt of behoefte hebt aan lichte ggz-hulp, dan ga je naar de POH-ggz.
Ten aanzien van dingen die eerder onder de aanpassingsstoornis vielen, kan ik het volgende zeggen. Bijvoorbeeld een kankerbehandeling is niet alleen snijden maar ook psychosociale hulp. Die hulp willen we dus gewoon aan de behandeling koppelen. Dat gebeurt ook in onderdelen, maar soms gebeurt het niet. Ik wil het liever op deze manier oplossen. Wat betreft relatietherapie volg ik het advies van onze pakketadviseur, Zorginstituut Nederland.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Maar waarom wordt dan relatietherapie ook in de brief als voorbeeld genoemd als het gaat om stringent pakketbeheer? Waarom wordt er gezegd dat dit een voorbeeld is waarbij het digitaal ja of nee is, terwijl je juist kunt kijken of er meer ruimte is voor een gedifferentieerde benadering?

Minister **Schippers**: Ik vind dat er bij relatietherapie geen sprake is van een ziekte. Ik vind dat het via eigen wegen opgelost moet worden, of misschien kan de POH-ggz hierin iets betekenen. We moeten die therapie echter niet onderdeel maken van het pakket.

Mevrouw **Leijten** (SP): Volgens mij laat de Algemene Rekenkamer in zijn analyse van de effectiviteit van het pakketbeheer zien hoe ontzettend ingewikkeld het is als mensen een klacht hebben die nog geen stoornis of ziekte is, maar waar ze wel zorg voor nodig hebben, om welke reden dan ook. Ze krijgen dan zorg omdat onze hulpverleners die mensen niet de straat opsturen, ook al hebben ze misschien nog niet kunnen vaststellen dat die mensen een stoornis hebben of dat ze ziek zijn. De klachten zijn dan dermate ernstig dat die mensen wel degelijk hulp nodig hebben. Ik heb ook een en ander gelezen over het onderscheid tussen klacht, stoornis en ziekte. Is dat onderscheid niet juist een belemmering voor bijvoorbeeld het voorkomen dat mensen ziek worden, het voorkomen dat

het ernstiger wordt? Zou je niet vanuit de preventieve sfeer en geestelijke gezondheidszorg juist op een andere manier moeten kijken dan dat het Zorginstituut nu doet?

Minister **Schippers**: Ik vind dat het Zorginstituut daarover heel zinnige dingen zegt. Ik heb zijn advies ook overgenomen.

Mevrouw **Leijten** (SP): Ja, net zoals het heel zinnig was om de aanpassingsstoornis eruit te halen. We hebben daar in 2012 felle debatten over gevoerd. We zien nu dat de besparing niet gehaald is. Mensen zijn ergens anders «afgetikt», zoals de Minister het zegt. Ze zijn ergens anders onder geschreven, want ze waren ziek en ze hadden zorg nodig. Ik ben heel erg voor de benadering van de basis-ggz: de praktijkondersteuner die bekijkt of het van tijdelijke aard is of dat het wellicht kan worden opgelost door een andere leefstijl. Er kan worden bekeken of mensen die lichte klachten hebben, op een andere gedachte kunnen worden gebracht in plaats van direct in behandeling te laten gaan. Maar als je die basis-ggz en daarna de specialistische ggz instelt, waarom ga je dan nog op basis van het onderscheid tussen aandoeningen, stoornissen en klachten proberen om een en ander te beperken? Volgens mij belemmer je daarmee mensen die je niet wilt belemmeren. Daarmee vergroot je niet de duidelijkheid over wat er wordt vergoed uit het basispakket.

Minister **Schippers**: Maar daar hebben we juist de POH-ggz voor ingesteld. Stel dat iemand lichte klachten heeft en zegt: ik ben niet ziek, maar ik heb wel een probleem en ik wil gewoon eens kijken of ik daar een oplossing voor kan vinden. Voor dit soort problemen is er de POH-ggz. Dat is iets anders dan echt het ggz-circuit ingaan. Dit is juist de genuanceerde benadering. Mevrouw Leijten zei dat het gaat om mensen die ziek zijn. Precies, het gaat om mensen die ziek zijn. Je zou moeten bekijken hoe je daar een goede oplossing voor vindt. Psychosociale zorg hoort wat mij betreft onderdeel te zijn van een diagnose-behandelcombinatie als er sprake is van een heel ingrijpende ziekte. Voor veel lichtere vormen waarbij je veel meer naar preventie moet kijken, hebben we de POH-ggz ingesteld. Zo hebben we een hele trap van POH-ggz, basis-ggz, gespecialiseerde ggz en dingen die meelopen. De genuanceerde benadering zit er dus juist wel in. Ik denk ook dat het advies van Zorginstituut Nederland daar heel erg behulpzaam bij kan zijn.
Ik kom op de NIPT. Onderzoekers hebben een voorstel gedaan. Zij hebben een amendement gemaakt op hun oude voorstel. De Gezondheidsraad heeft dat afgekeurd. Die heeft gezegd: je kunt niet een amendement maken op een oud voorstel; je moet een heel nieuw voorstel maken. Het gaat dan om NIPT als primaire test in plaats van een combinatietest. Het duurt dus langer omdat die onderzoekers een nieuw voorstel moeten maken. Dat moet ik eerst afwachten. Dat is wettelijk zo bepaald.
Mij wordt heel vaak gevraagd: kun je als politiek niet besluiten om de NIPT erin te doen? Nee, wij hebben wettelijk vastgelegd dat de Gezondheidsraad dat onderzoek doet. Ik vind dat zelf ongemakkelijk, zeg ik heel eerlijk, omdat ik ook zie wat er in de praktijk gebeurt. Ik vind dat de methodes en de trajecten die wij hebben opgesteld, een ongemakkelijk gevoel geven omdat ze heel traag zijn. Ik kan echter niet anders dan daarop wachten. Ik heb al meerdere malen gezegd dat ik het, los van de vraag of wij kunnen testen of niet en of we ouders zelf de ruimte geven om ervoor te kiezen, van groot van belang vind om altijd te blijven benadrukken dat ouders die er niet voor kiezen om de NIPT te doen, daar het volste recht toe hebben. Maar wat mij betreft hebben ouders die er wel voor kiezen, daar ook het recht toe. Het is niet zo dat jouw kindje minder welkom is als je daar niet voor kiest. Of dat iemand die geboren wordt met aandoeningen die je in een of andere test had kunnen signaleren, minder welkom is. Natuurlijk maken mensen zich daar zorgen

over, maar het is wettelijk verankerd. Het is ook wettelijk verankerd dat een kindje dat met Down geboren wordt, de zorg krijgt die daarvoor nodig is, en dat we daar met elkaar voor zorgen. Dat is voor mij overigens geen argument om te zeggen dat we barrières moeten opwerpen voor mensen die wél graag een test zouden willen doen. Dat vind ik ook niet. Ik vind dat mensen daar zelf beslissingen in moeten kunnen nemen. Dat geldt voor mij voor de ene kant, maar net zo goed voor de andere kant.
De Gezondheidsraad gaat dus later dit jaar het advies uitbrengen. Dat advies gaat niet over het aanbieden van de NIPT als standaardtest, maar over de vraag of de NIPT de combinatietest kan vervangen als eerste test in gevallen waarin wordt gekozen voor prenatale screening. Verder is dienaangaande het beleid ongewijzigd.
Ten aanzien van plastische chirurgie heb ik al aangegeven dat wij daar druk mee bezig zijn. In dit traject hebben de plastisch chirurgen een eerste voorstel geschreven. Voor mijn beslissing is het van groot belang dat Zorginstituut Nederland en verzekeraars daarbij hebben meegekeken. We moeten goed bekijken hoe we hetgeen we doen, helder kunnen afbakenen, zodat we niet weer de situatie krijgen die aanleiding is geweest om het uit het pakket te halen. De borstimplantatie transgender wordt ook betrokken bij deze voorstellen. Mij zijn een aantal dingen voorgelegd, waaronder besnijdenis, ooglidcorrectie en lipofilling. Het traject loopt nog, dus ik kan weinig zeggen over de uitkomsten, behalve bij lipofilling. De BRAVA-AFT-behandeling bij vrouwen die een volledige borstamputatie hebben ondergaan na borstkanker is een potentiële kandidaat voor de voorwaardelijke toelating. Onderzoekers zijn samen met andere betrokken partijen een convenant aan het opstellen waarin afspraken worden gemaakt over het traject van voorwaardelijke toelating. Op basis van dat convenant en het advies van Zorginstituut Nederland zal ik beoordelen of ik deze behandeling daadwerkelijk zal toelaten in het basispakket. Het is een ontzettend veelbelovende behandeling, dus ik hoop dat men daar vaart mee maakt.
Kan ik spina bifida in het besluit opnemen? Dat is niet in overeenstemming met het open pakket. Zoals ik al zei, heb je extramuraal pakketbesluiten. Intramuraal is het een open pakketbesluit. Er kan echter breed gecommuniceerd worden. Als dit onvoldoende bekend is, wil ik daar zelf nog best een actie op zetten. Ons besluit is dat dit vergoed wordt, maar wij hebben dat zelf niet in ziekenhuizen ontwikkeld, omdat er zo weinig patiënten zijn dat de behandeling van onvoldoende kwaliteit zou zijn. Vandaar dat we dit samen met België hebben bekeken en daar de zorg concentreren. Dit is zo bijzonder dat we het over grenzen heen willen concentreren.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Het laatste wat de Minister zei – we doen het in Leuven en niet per se in Nederland – kan ik mij voorstellen. Over de financiering zei de Minister: als er nog een extra zetje nodig is, wil ik dat graag geven. Ik vraag de Minister om dat inderdaad te doen, omdat die onduidelijkheid er tot nu toe was. Het staat nu wel ergens in een brief, maar er kan toch nog een communicatieslag gemaakt worden om duidelijk te maken dat het vergoed kan worden.

Minister **Schippers**: Richting de verzekeraars bedoelt u? Of richting de aanbieders? Of beide?

De heer **Van der Staaij** (SGP): Of beide. In ieder geval moet in het veld en bij de mensen bekend zijn dat voor deze behandeling een vergoeding openstaat.

Minister **Schippers**: Dat zal ik doen. Het gaat hier echt om heel gespecialiseerde academische centra, dus dat zijn er een paar. Ik zal hierover voor

zorgverzekeraars en aanbieders een helder stukje schrijven, zodat er geen onhelderheid over bestaat.
Over de totalbodyscan heb ik in maart 2015 een rapport ontvangen van de Gezondheidsraad. Ik ben nog een reactie daarop aan het opstellen. Die komt dus nog naar de Kamer.

De **voorzitter**: Kan de Minister aangeven wanneer?

Minister **Schippers**: Ik denk direct na de zomer.
Over de hoorzorg hebben alle woordvoerders iets gezegd. Daarop zit een eigen bijdrage die naar verluidt een barrière opwerpt, waardoor niet alle kinderen die belang hebben bij gehoorapparaten daartoe toegang hebben. Dat willen wij niet. We hebben ook niet voor niks geen eigen risico voor kinderen ten aanzien van gezondheidszorg. We hebben in onderzoek gezien dat de gemiddelde eigen bijdrage per gebruiker met de helft is gedaald. Dat is dus heel gunstig. Ik zal conform het verzoek van de Kamer de eigen bijdrage voor kinderen onder de 18 jaar afschaffen.
Wil ik de toegang tot een extra zorgvraag bevorderen? Een keuzeprotocol hoorzorg biedt de mogelijkheid om daarvan af te wijken. De audicien kan in dat geval bij de zorgverzekeraar een bijzondere aanvraag indienen. In de praktijk wordt daar weinig gebruik van gemaakt. Dat blijkt ook uit het onderzoek dat ik met de Kamer heb gedeeld. Ik denk dat het van groot belang is dat op basis van die constatering dat protocol veel meer in de etalage komt. De audiciens en de zorgverzekeraars moeten er echt met elkaar voor zorgen dat dit veel beter bekend wordt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik ben het met de Minister eens dat het veel beter bekend moet zijn, maar daar spelen twee ontwikkelingen doorheen. Ten eerste zien we dat audiciens de keuze in hoortoestellen beperken tot een of twee, omdat er een enorme concurrentie is. Ten tweede is er geen openbare informatie meer beschikbaar over de verschillende hoortoestellen die er zijn in de verschillende klassen, omdat de fabrikanten die gegevens niet meer willen leveren. Daardoor heeft degene die het hoortoestel nodig heeft, geen inzicht meer in waar hij recht op heeft en wat goed maatwerk is. De vraag is hoe je de praktijk daarin kan veranderen, want op papier is het allemaal prima geregeld.

Minister **Schippers**: Wij hebben in deze sector gezien dat er in het lenteakkoord besluiten zijn genomen om het systeem erg om te gooien. Het omgooien van dat systeem heeft grote resultaten opgeleverd, die heel belangrijk zijn voor mensen. Mensen zijn echt veel minder gaan betalen. Er was dus een duidelijke slag te maken in de inkoop. Daarbij wil een fabrikant natuurlijk graag zijn product verkopen en daar graag informatie over geven. Verzekeraars moeten echter aan hun zorgplicht voldoen, en zijn eerder geneigd om inkoopvoordelen te halen door te focussen op een aantal toestellen. Dat kan ik ook goed begrijpen. Daar is ook het resultaat mee behaald dat verzekeraars dit zijn gaan doen. Het maakt dus enorm veel uit of een verzekeraar er belang bij heeft. In het oude systeem had de verzekeraar er namelijk totaal geen belang bij. Dat was ook een veel duurder systeem met veel meer kosten voor de patiënten zelf. Nu heeft de verzekeraar daar wel belang bij. Hij heeft daar ook een enorme slag in gemaakt. Dat heeft veel opgeleverd, in de eerste plaats voor de patiënt. Het is echter wel van belang dat we daarin de balans houden. Daar is dat protocol voor. Ik ben van mening, en dat is ook uit het onderzoek gebleken, dat het protocol veel bekender moet zijn. Daar moet veel meer naar gehandeld worden. Dat is dus ook het signaal dat naar beide uitgaat naar aanleiding van het onderzoek.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dat is een signaal, maar we zien welke strijd er wordt gevoerd, met rechtszaken tussen zorgverzekeraars en audiciens

en met informatie die niet boven tafel komt over welke hoortoestellen waar verkrijgbaar zijn. Het zijn vaak patiënten die maar één keer in de vijf jaar een hoortoestel aanschaffen en dus niet zo goed weten waar ze precies terechtkunnen. Hoe doorbreek je zo'n soort praktijk? Ik zie dat er inmiddels financiële voordelen zijn, maar ik ben het met de Minister eens dat er een balans moet zijn. Wie gaat er dus toezicht op houden dat deze verandering voor elkaar komt in de praktijk en mensen het beste hoortoestel voor de beste prijs krijgen?

Minister **Schippers**: Het is altijd vervelend als dit in rechtszaken moet eindigen. Die hebben de audiciens overigens verloren. Ik vind het van groot belang dat wij hier ook oog houden voor het belang van een betaalbare zorg, die direct voelbaar is voor de patiënt in zijn portemonnee als hij een eigen bijdrage moet betalen. We hebben een onderzoek gedaan, waaruit verbeterpunten gebleken zijn, die ze gezamenlijk moeten oppakken. Dat is precies mijn boodschap. Wij hebben nu deze slag gemaakt en helder in kaart gebracht wat er moet gebeuren. Dat moet nu gezamenlijk opgepakt worden. Dat is de boodschap.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Ik hoor wat de Minister wisselt met mevrouw Bruins Slot, namelijk dat het heel goed is gegaan wat betreft volume en prijs. Dat is duidelijk, maar het gaat natuurlijk ook over de kwaliteit. Is dit alles ten goede gekomen aan de kwaliteit van hoortoestellen?

Minister **Schippers**: Hierbij spelen heel grote belangen en dat kan ik begrijpen, want de situatie op de markt is naar aanleiding van het lenteakkoordbesluit veranderd. Wij willen echter dat een basiskwaliteit minimaal gehaald wordt. De signalen zijn niet dat die niet gehaald wordt. Sterker nog, de tevredenheid van gebruikers over de kwaliteit van de hoorzorg is over het algemeen gelijk gebleven en op onderdelen toegenomen. Zorginstituut Nederland heeft onderzoek gedaan en geadviseerd om het beleid te continueren. Er zijn een aantal knelpunten, waarvan ik heb gezegd dat men die gezamenlijk moet oppakken. Ik zie niet in wat mevrouw Dijkstra nu van mij verwacht.

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Het is goed om te horen dat de Minister hier zo mee bezig is. De vraag is wel wanneer daaruit resultaten komen. Ook dit ligt weer bij het veld zelf, maar het is belangrijk dat met name de kwaliteit gewaarborgd is. Ook over de transparantie van het inkoopproces, waarover de audiciens de zaak hebben verloren, zou ik in het jaar van de transparantie wat meer willen weten.

Minister **Schippers**: Ja, maar ik zou ook de andere kant willen laten zien. Ik begrijp dat er ontzettend veel druk is en er heel veel brieven worden gestuurd, ook aan ons. Maar het beleid levert wel op dat de kwaliteit ofwel gelijk is gebleven ofwel is toegenomen. De eigen bijdrage is met de helft gedaald. Ook adviseert Zorginstituut Nederland om het beleid voort te te zetten. Er zijn wel een aantal knelpunten en ik zeg niet dat we daaraan voorbij moeten gaan. Sterker nog, ik heb gezegd dat ze dit samen moeten oppakken en verbeteren. Ik zit er niet bij als er een hoortoestel wordt voorgeschreven. Zij zullen dit samen moeten verbeteren. We moeten ook niet doorslaan van goed beleid naar de kant van de balans waarbij het alleen om de prijs draait, maar we hoeven niet ontevreden te zijn over de opbrengsten. Daarbij moeten we aandacht hebben voor de knelpunten. Zo sta ik er persoonlijk in.
Mijn volgende punt betreft de dure geneesmiddelen. Ik zei al dat we daar op 2 juli twee rapporten over krijgen. Ik kijk daarnaar uit. Ik denk dat wij hier in het debat dat is aangekondigd voor 2 juli, uitgebreider op kunnen ingaan, als we die rapporten daadwerkelijk hebben.

Ik kom op de eerstelijnsverblijfszorg, die in de knel zou komen wegens gebrek aan financiële middelen. Er zijn signalen van uitvoerders van de Wlz (Wet langdurige zorg) dat het kader voor de Subsidieregeling eerstelijns verblijf 2015 zou knellen. In de eerste contracteerronde is door Zorginstituut Nederland 86 miljoen verdeeld onder de Wlz-uitvoerders. Er is 10 miljoen achtergehouden, die op basis van declaraties van de eerste vier maanden wordt verdeeld. De Wlz-uitvoerders moeten voor 1 juli 2015 hun aanvragen voor aanvullende subsidie indienen bij het Zorginstituut. In die aanvragen moeten zij aangeven wat de prognose is voor de benodigde zorg in de resterende maanden van 2015. Na ontvangst van alle aanvragen voor aanvullende subsidies zijn er voldoende gegevens beschikbaar op basis waarvan die 10 miljoen verdeeld kan worden. Dan kan er ook een conclusie worden getrokken over de toereikendheid van de financiën voor deze zorg.
In de eerste lijn gaat het om verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met geneeskundige zorg zoals huisartsen die plegen te bieden. Dat is ook de indicatie die je nodig hebt om die zorg te krijgen. De verantwoordelijke zorgverlener bekijkt of de zorg op een verantwoorde manier thuis geboden kan worden, of dat er een te hoog risico is om dat te doen. Dan komt dit aan de orde. Deze afweging maakt de huisarts nu ook al en dat blijft zo in de toekomst, alleen hebben we vertraging met de overheveling. Uiteindelijk gaat het natuurlijk naar de Zorgverzekeringswet.
Een goede medicatiebeoordeling is ongelofelijk belangrijk. Die is onderdeel van de zorg die gegeven moet worden. Bij de begrotingsbehandeling is de motie-Voortman ingediend, over het uitsluiten van onder andere dit element van het eigen risico. Ik heb de reactie nu bij mij liggen, zo lees ik hier, dus voor de zomer geef ik die aan de Kamer. Dat is dus binnen twee weken.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording door de Minister in eerste termijn. Ik zie dat de leden behoefte hebben aan een tweede termijn. Maximaal twee minuten spreektijd lijkt mij daarin haalbaar.

De heer **Van der Staaij** (SGP): Voorzitter. Er was tijdens dit overleg één moment waarop er wat gejuich opging vanaf de publieke tribune. Dat waren kennelijk de mensen met bijzondere zorgen over hoortoestellen voor kinderen en jongeren onder de 18 jaar. Het was zomaar een zinnetje tussendoor, maar wel een belangrijk zinnetje, waarin de Minister aangaf dat zij de eigen bijdrage daarvoor wil afschaffen. Dank daarvoor.
Ik dank de Minister ook voor de toezegging op het punt van de vergoeding van het voor de geboorte opereren van een open ruggetje. Het gaat om uitzonderlijke gevallen, maar in die gevallen hoeft dan in ieder geval de vergoeding geen drempel te zijn. Dat kan nu in de praktijk het geval zijn, door de onduidelijkheid.
Ik wil er niet de discussie over vervolgen, maar kom toch terug op het punt van de relatietherapie in het pakket. De Minister heeft natuurlijk gelijk als zij zegt: het is geen ziekte, dus einde verhaal. Dat snap ik, maar het blijft wringen dat als gevolg van relatieproblemen, zowel bij ouders als bij kinderen psychische problemen kunnen ontstaan die vervolgens wél een beroep op zorggeld vragen. Dus als het hier niet kan, op welke manier kan er dan wel een slag worden gemaakt, zodat financiële problemen geen reden zijn om dit soort therapieën niet te volgen?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66): Voorzitter. Ook ik dank de Minister voor haar korte en snelle toezegging dat zij de eigen bijdrage laat vallen voor kinderen onder de 18 jaar die een hoortoestel nodig hebben.
Ik heb in mijn bijdrage ook aanpassingsstoornissen en fysiotherapie genoemd. Ik begrijp dat daaraan wordt gewerkt. Het is goed dat dat gebeurt. Ik kan mij heel veel voorstellen bij het opnemen daarvan in de

richtlijnen, waarbij ik wel aandacht zou willen vragen voor juist het effect op stepped care. Als je dat doet, moet je er ook voor zorgen dat het niet voor eigen rekening komt dat mensen beginnen met een lichtere vorm van zorg. Dat geldt voor al die terreinen.
De Minister heeft uitgelegd hoe het nu staat met de NIPT. Als ik het goed begrijp, loopt ondertussen wel de TRIDENT-studie. Ik heb de Minister nog gevraagd of zij al iets weet van het resultaat daarvan. Zijn er tussentijdse resultaten te melden?

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): Voorzitter. In dit algemeen overleg is een heel aantal praktische oplossingen geboden voor praktische problemen die voor mensen heel belangrijk zijn. Ik noem de toezegging over het afschaffen van de eigen bijdrage voor hoortoestellen. Dat is voor de wereld van kinderen heel belangrijk. Het maakt een wereld van verschil. Ik noem ook de toezegging van de Minister dat zij gaat bekijken hoe we de zorg en de financiering van de zorg van kinderen van ouders in de ggz kunnen verbeteren.
Ik noem ook de psychosociale zorg. Het is de bedoeling dat iedereen die krijgt en dat die meeloopt met ernstige ziekten, maar dat is in de praktijk nog niet helemaal goed geregeld. Dat gaat de Minister doen. Dat vind ik een heel belangrijk signaal. Het zijn praktische oplossingen voor praktische problemen die voor het leven van mensen zo ontzettend veel betekenen.
Er zijn nog twee van mijn vragen overgebleven. De eerste gaat over de perverse prikkel. We hebben een lijst genoemd: hoorapparaten, medisch bevallen is gratis en anders niet, tanden trekken of een prothese, etalagebenen. De Minister heeft toegezegd om met een brief over etalagebenen te komen. Wij proberen een beetje grip op dat proces te krijgen. Is er een lange lijst? Wat is de voortgang van die lijst en wie bepaalt of al die perverse prikkels komend jaar worden aangepakt? Hoe kan daarop een beetje druk worden gezet?
De tweede vraag die is blijven liggen, gaat over zorgverzekeraars. Die kunnen nadere regels stellen die effect hebben op de toegang tot het pakket. Wij hebben bij geneesmiddelen gezegd: die halen we weg bij zorgverzekeraars en die leggen we bij het Zorginstituut. Dat geldt voor meerdere vormen van zorg. Wil de Minister die ook inventariseren? En komen die uiteindelijk ook bij het Zorginstituut terecht? Deelt de Minister dit principe? Als dat zo is, is het verder aan de Minister hoe zij dat uitvoert.

Mevrouw **Leijten** (SP): Voorzitter. Het is een hele opluchting voor de 4.000 kinderen met ernstige hoorproblemen die hulpmiddelen nodig hebben, en vooral voor hun ouders, dat de eigen bijdrage vervalt. Gebeurt dat per 1 januari of is er zelfs ruimte om dat nu al te regelen?
Ja, je moet het ijzer smeden als het heet is! De Minister volgt mijn redenering dat het eigen risico niet geldt voor kinderen. Dan zou het toch mooi zijn als we het nu al kunnen regelen. Ik hoor het graag.
Ik kom nog op het rapport van de Algemene Rekenkamer. De Minister zegt dat zij de analyse deelt dat veel niet wordt gehaald, maar ik heb haar ook gevraagd hoe dat kan. Het zijn immers bezuinigingen die wel worden ingeboekt. Het zijn ook bezuinigingen die wij door het Centraal Planbureau aangeleverd krijgen om zogenaamd praktisch haalbare bezuinigingen te kunnen indienen in tegenbegrotingen en noem maar op. Maar die doctrine werkt blijkbaar niet: haal maar uit het basispakket, dan vergoeden we het niet meer. Als mensen echt ziek zijn, wordt het ergens anders onder weggetikt of weggeschreven. Dat is de financiële kant, maar ik vroeg de Minister ook naar de mogelijke maatschappelijke gevolgen van het niet meer vergoeden van bepaalde zaken. We hebben nu de discussie over fysiotherapie en de discussie over geestelijke gezondheidszorg. Is de Minister bereid om daar wat dieper op in te gaan? Als zij dat nu niet paraat heeft, kan zij er wellicht nader naar kijken.

De Minister komt nog met een analyse van de psychosociale verzorging in de dbc's van mensen die een ingrijpende behandeling ondergaan. Het is prima dat zij dat doet. Kan zij daarbij ook meenemen wat er gebeurt met mensen die klachten – let wel: geen stoornissen of ziekten – op een later moment ontwikkelen? Dat kan natuurlijk heel goed.
Dat brengt mij weer op de vraag waarom klachten, stoornissen en ziekten zo uit elkaar worden gerukt. We weten toch dat je voorkomt dat mensen ziek worden als je bij sommige klachten vroegtijdig intervenieert? Je voorkomt ook dat mensen uit het arbeidsproces vallen en lichamelijke klachten krijgen. Ik vraag de Minister dus toch om daar wat ruimer naar te kijken. Wellicht kan zij dit meenemen in de analyse die zij stuurt van de dbc-vergoeding van de psychosociale zorg. Want één ding weten we wel: als je het niet vergoedt in het basispakket maar mensen wel echt ziek zijn, komen de kosten elders op.
Ik kom bij mijn laatste vraag, die ik ook gesteld heb in eerste termijn. Is de Minister bereid om scenario's te ontwikkelen waarin we meer preventie, geestelijke gezondheid, fysiotherapie en tandzorg in het basispakket krijgen zonder dat dit altijd een financiële discussie is? Dan gaat het niet alleen over de premie, maar over de maatschappelijk gewenste effecten en over het voorkomen van kosten elders.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Voorzitter. Ik dank de Minister voor haar antwoorden en voor haar krachtige toezegging om vanaf nu de eigen bijdrage te laten vervallen. Ik denk dat de vraag van mevrouw Leijten terecht is: is dat per 1 januari of kan er nu al iets voor elkaar gekregen worden?
Over fysiotherapie zegt de Minister eigenlijk: nieuwe ronde, nieuwe kansen. Er is een nieuwe voorzitter, dus de Minister gaat nog een keer de hoepels door om te bekijken of de fysiotherapie op een slimme manier vergoed kan worden. Het is mooi dat de Minister die deur weer openzet. Welke belemmeringen ziet zij daarbij nog? En is er nog een rol voor de Minister om die weg te nemen?
Ik kom op het eerstelijnsverblijf. Het is mooi dat wordt bekeken hoeveel geld er dit jaar extra nodig is. Het is ook terecht dat hier ruimte voor is, want eerstelijnsverblijf is echt de smeerolie in het systeem die ervoor zorgt dat mensen niet tussen wal en schip terechtkomen. Wanneer verwacht de Minister dat de omvang van het budget voor 2016 bekend is?
Het CDA heeft eerder samen met de SGP en de ChristenUnie vragen gesteld over het vergoeden van ggz-zorg voor doven en slechthorenden. Die gingen onder andere over de speciale voorzieningen in De Linthorst. Dat onderzoek moet nu af zijn of zich in de laatste fase bevinden. Wanneer zijn de resultaten definitief bekend? Wanneer verwacht de Minister met een oplossing te komen? Kan dat voor de begroting gebeuren?
Er moet mij nog een laatste opmerking van het hart, over de termijn die de Minister nodig heeft om met een reactie te komen op het rapport van de Gezondheidsraad over de bodyscan. Ik zat even te rekenen. De Minister heeft straks een halfjaar nodig gehad om te beslissen wat zij gaat doen. Ik stel de Minister de open vraag waar die vertraging aan ligt. Welke bezwaren liggen er op het ministerie? Wat maakt het nu eigenlijk zo ingewikkeld?
Ik kom tot een afsluiting. Er zijn belangrijke stappen gezet rond de uitgaven voor hoorzorg. Mijn vraag gaat niet zozeer over de positie van de audiciens of de zorgverzekeraars. Mijn zorgen zijn dezelfde als die van mevrouw Dijkstra. We willen mensen die een hoortoestel nodig hebben een eerlijk hoortoestel voor een goede prijs geven. Zij hebben echter steeds slechter inzicht in wat ze precies kunnen kiezen. De Minister is voor transparantie. Hoe kan zij er dus voor zorgen dat dit punt meegenomen wordt in de verbeterslag die moet plaatsvinden?

De heer **Rutte** (VVD): Voorzitter. De Minister zei het heel mooi: de beste benadering voor het pakket is niet een digitale benadering – iets zit erin of zit er niet in – maar een genuanceerde benadering. Zorg zit in het pakket als deze passend is voor de patiënt. We staan eigenlijk nog maar aan het begin van die ontwikkeling. Er valt nog heel veel te ontdekken. Het is heel goed dat partijen – niet alleen politieke partijen maar vooral veldpartijen – daar ook veel verantwoordelijkheid voor voelen en zij samen met Zorginstituut Nederland deze stappen zetten.
Het is ook mooi dat de Minister het pleidooi voor integrale richtlijnontwikkeling heeft omarmd, te beginnen bij de etalagebenen maar er zijn natuurlijk veel meer aandoeningen te bedenken. Dit speelt bijvoorbeeld ook erg rondom revalidatiezorg. Het is goed dat dit gebeurt. Ik ben heel benieuwd naar de resultaten.
Ook veel dank voor de toezegging om te bekijken of er een verbinding mogelijk is tussen het stringente pakketbeheer, dat eigenlijk een genuanceerd pakketbeheer zou kunnen heten, en het medisch evaluatieonderzoek. Ik zie uit naar het antwoord later dit jaar en hoop dat dit positief zal uitpakken.
Tot slot ben ik heel blij dat de Minister gaat bekijken hoe we de psychosociale zorg bij ernstige aandoeningen, te beginnen bij kanker, integraal onderdeel kunnen laten uitmaken van de behandeling. Dus niet na afloop van een fysieke behandeling, maar vanaf dag een, zodat een patiënt daadwerkelijk integraal kan genezen. Veel dank daarvoor.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de tweede termijn van de zijde van de Kamer. Ik geef graag de Minister het woord voor de beantwoording in tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. Bij de pakketten is natuurlijk altijd de afweging: wat betaal je zelf en wat doe je op kosten van het collectief? Bij een heleboel dingen is voorkomen beter dan genezen. Zo kun je bijvoorbeeld relatietherapie beoordelen, maar zo kun je ook beweging beoordelen, en voedsel. Want als je gezond eet, voorkom je een heleboel ziekten. Als je heel goed beweegt, voorkom je ook ziekte. Uiteindelijk is niet de vraag of we een preventieve inzet moeten hebben, maar is de vraag wie daarvoor moet betalen. Die vraag ligt ernaast. Dat is bij het pakket een ongelofelijk belangrijk besluit. We moeten goed opletten of dingen waarvan wij snel en enthousiast beredeneren dat ze in het pakket kunnen, ook financieel houdbaar zijn. Het wordt immers uiteindelijk in de premie vertaald. Dat is ook de reden waarom we het Zorginstituut Nederland hebben. Dat is een onafhankelijke pakketbeheerder die ons onafhankelijk advies geeft. Ik vind het van groot belang dat die pakketbeheerder serieus genomen wordt, ook in de adviezen die hij geeft. Het Zorginstituut heeft heel goed gekeken: ggz, klacht, stoornis of ziekte? Ik neem het instituut daarin ook heel serieus, omdat we criteria moeten hebben op basis waarvan we op een objectieve wijze kunnen zeggen waarom iets wel of niet in het pakket gaat. Dat is een antwoord op de vragen van zowel de heer Van der Staaij als mevrouw Dijkstra als mevrouw Leijten, die vroegen of we niet veel meer in het pakket moeten doen. Mevrouw Leijten vroeg ook nog hoe het zit met de maatschappelijke aspecten. Die worden door het Zorginstituut meegewogen. Uiteindelijk komt het Zorginstituut tot een advies aan mij en neem ik een besluit. Vervolgens becommentarieert de Kamer hier mijn besluit en zegt zij dat zij het misschien net een beetje anders of heel anders zou willen. Het is echter van groot belang dat wij deze grondige weg wel belopen. We zijn nu namelijk twee keer onder de ramingen gebleven, maar dat is voor de gezondheidszorg geen standaardsituatie. We moeten ontzettend oppassen dat de collectieve lasten nog in de hand gehouden worden.
Ten aanzien van de NIPT vroeg mevrouw Dijkstra naar de TRIDENT-studie. Ruim 3.000 vrouwen die de NIPT hebben gedaan, zijn getest. Van de 103

positieve uitslagen bleken er 9 foutpositief, dus de NIPT kan invasieve diagnostiek nog niet helemaal vervangen. Wel bleek uit onderzoek naar de wensen van de zwangere vrouwen dat zij een grote waarde hechten aan de NIPT en aan het feit dat het risico van invasieve diagnostiek voor een groot deel ondervangen wordt. Dat is een heel logische uitkomst die ik eigenlijk vooraf ook had kunnen vertellen, maar wie ben ik. De Gezondheidsraad moet dus op basis van deze TRIDENT-studie nog een uitspraak doen over de NIPT als primaire test in plaats van de combinatietest. Dat advies verwacht ik dit najaar.
Ik ga nu in op de perverse prikkel. Mevrouw Bouwmeester vraagt of ik naast de etalagebenen niet wat meer dingen kan meenemen. Wij zullen een aantal dingen aan het Zorginstituut Nederland voorleggen. De kwestie etalagebenen is daar een van. Er werden nog een paar voorbeelden genoemd. Die leggen wij aan het Zorginstituut voor en de Kamer krijgt een antwoord voor de begrotingsbehandeling.
Het volgende punt is de verzekerde toegang tot het pakket. Mevrouw Bouwmeester vindt dat wij dit niet aan verzekeraars moeten overlaten, maar het is wel hun taak. De NZa controleert of wat zij vergoed hebben, verzekerde zorg is. Zij zullen dus moeten toetsen of wat zij vergoeden, verzekerde zorg is. In die toets kom je soms op dingen die evident zijn. Daarom ligt de toets echt bij de verzekeraar. Daar moet hij ook blijven liggen, anders hebben we daar een open klep. Waar het ambivalent is, zitten we nu met Zorginstituut Nederland en met de ACM om tafel. Bij dingen die veel meer een kwestie van smaak zijn, moet je het echt op een andere manier regelen, anders krijg je willekeur in de pakketten. Dat onderscheid zou ik dus graag willen maken.
Kan de eigen bijdrage voor hoorhulpmiddelen nu al afgeschaft worden? Dat regelen we altijd heel ordentelijk, namelijk in het Wijzigingsbesluit Besluit zorgverzekering. Dat doen wij één keer per jaar, in de zomer. Daar houd ik dan ook aan vast. Dat besluit wordt één keer per jaar aangepast. Mijn besluit om de eigen bijdrage hierop niet van toepassing te laten zijn, gaat dus in op 1 januari 2016.

Mevrouw **Bouwmeester** (PvdA): De Minister zei dat zij om tafel zit met het Zorginstituut over de nadere regels bij zorgverzekeraars als niet helemaal duidelijk is hoe het zit. Kan de Kamer geïnformeerd worden over uitkomst daarvan?

Minister **Schippers**: Ik denk dat dit een beetje een lopend traject is, want er komen steeds voorbeelden langs. Dat hebben we ook bij de medicinale bereidingen gehad. Ik kan zeggen of het overleg goed verloopt, maar in de praktijk komen daar gewoon voorbeelden langs waarnaar men moet kijken. De ACM zit ook aan tafel, om te voorkomen dat de ACM zegt: jullie mogen dat niet met elkaar bespreken. Ook het Zorginstituut en Zorgverzekeraars Nederland zitten aan tafel. Ik kan de Kamer dus wel rapporteren over de begroting en de stand van zaken: gaat het in goed overleg? Het is echter geen eindig proces. Het is iets wat steeds opgestart kan worden.
De Algemene Rekenkamer zegt dat de bezuinigingen die zijn ingeboekt, niet gehaald zijn. Er mag geen discussie over zijn dat ik zonder het Algemene Rekenkamerrapport allang tot die conclusie was gekomen. Ik heb er altijd een enorme hekel aan gehad dat er via de Minister van Financiën, zoals dat nu eenmaal gaat, altijd lijstjes komen in allerlei vergaderingen. Dan mag je uit een soort keuzemenu kiezen wat er uit het pakket moet. Uiteindelijk gaat het er dan niet over wat er uit het pakket gaat, maar wat het opbrengt. Wij moeten nu de kans te baat nemen om niet op basis van financiën te bepalen wat er wel en niet in het pakket zit, maar op basis van inhoudelijke argumenten. Daarom moeten we onder de ramingen blijven zitten, want dan hebben we steeds zelf de inhoudelijke afweging te maken. En daarom vind ik ook dat we echt aan stringent pakketbeheer moeten doen en goed moeten bekijken: kan iets in het

pakket en wat zijn de weglekopties? Tegelijkertijd moeten we niet horende doof en ziende blind zijn voor de vraag of het wel zo handig is dat we de fysiotherapie voor chronische aandoeningen er wel in hebben en de eerste behandelingen, waarvan je het grootste effect verwacht, niet. Dat vind ik een geëigende vraag. Als we dat degelijk in een vat weten te gieten, zodat we geen overschrijdingen krijgen, blijven wij eigen baas om dit vanuit de inhoud aan te vliegen en niet vanuit de financiën. Ik hecht er dus zeer aan dat wij dit heel ordentelijk doen.
Mevrouw Leijten heeft een brief gevraagd over klachten, stoornissen en ziekten, maar ik heb daar al op gereageerd. Ik steun het Zorginstituut Nederland in zijn analyse en probeer pragmatisch te kijken naar dingen die eerder in de enorme vergaarbak zaten die wij «aanpassingsstoornissen» noemden, maar die elementen hebben waarvan wij zeggen: dat is écht iets. Het is niet zo dat geest en lichaam gescheiden zijn. Je gaat een zwaar traject in en dan heb je die psychosociale hulp nodig, maar die dingen moeten samen oplopen. Wij willen dat dus slim inbedden in de diagnose-behandelcombinatie.
Mevrouw Leijten vraagt of er niet een scenario te maken is van extra zaken die in het pakket zouden moeten, bijvoorbeeld tandheelkunde. Dat scenario maken wij jaarlijks opnieuw. Daar besluit ik over en de Kamer controleert mij daarop. Als ik een initieel besluit heb genomen, kan de Kamer kan zeggen dat ik iets over het hoofd zie wat de Kamer heel belangrijk vindt, zoals nu bij de eigen bijdrage voor kinderen. Dan is er ook ruimte om met elkaar tot een ander besluit te komen. Ik hoef daar nu niet speciaal een brief over te schrijven, want wij gaan dit traject ieder jaar opnieuw door. Dan leg ik de Kamer een besluit voor, waarop mevrouw Leijten kan zeggen: dat zou ik toch iets anders willen. Als ik dat een redelijk pleidooi vind, doen we het iets anders. Met elkaar komen we tot een besluit over het pakket voor 2016. Dat is voor mij het scenario.
Wat is mijn rol bij de fysiotherapie? VWS zal aan tafel zitten om te bekijken hoe we tot een goed voorstel komen. Daarbij zullen aanwezig zijn de fysiotherapeuten, VWS, Zorgverzekeraars Nederland en wat mij betreft ook het Zorginstituut Nederland.
Hoe zit het met het eerstelijnsverblijf? Wanneer is daarover iets bekend? Bij de begrotingsbehandeling.
Hoe staat het met het onderzoek naar de vergoeding van ggz-zorg op De Linthorst? Ik zal het eerlijk zeggen: ik heb geen idee en er ligt hier ook geen blaadje. Het is dus lastig om de Kamer daarover te informeren. Ik zou het zo een-twee-drie niet weten. Ik weet ook niet of er razendsnel iets mijn kant op kan komen. Anders komen we daar schriftelijk even op terug. Ik zie geen actie.

De **voorzitter**: Dat punt komt dus terug in een schriftelijke beantwoording of wellicht aan het eind van het betoog van de Minister.

Minister **Schippers**: De Gezondheidsraad heeft een bodyscanadvies gedaan. Waarom duurt dat zo lang? Er is een vrij simpele verklaring: omdat ik er geen tijd voor heb. Ik heb prioriteiten. Dan doe ik eerst een wetsvoorstel en blijft dit weer op het stapeltje «nog te doen» liggen. Het is puur een kwestie van overmacht. Daarom heb ik ook gezegd dat het na de zomer komt. Als de Kamer met reces is, heb ik namelijk ineens veel meer tijd. Dan kan ik in de middagen bijlezen en dat soort besluiten nemen. Daar zit dus niets inhoudelijks achter. Het is een onderwerp met haken en ogen en voordelen en nadelen; dat hoef ik de Kamer niet te vertellen. Die ga ik allemaal afwegen, maar er zit verder geen gedachte achter.
Ik heb hier nog het antwoord op de vraag over de vergoeding van ggz-zorg op De Linthorst. Het is geen heel spannend antwoord: ik zal het de Kamer in de veegbrief van voor de zomer laten weten. Dat antwoord moet komen van de Nederlandse Zorgautoriteit en die hebben wij

vandaag niet meegenomen naar dit debat. Vandaar dat wij het niet kunnen vertellen.
Hoe kunnen wij het inzicht in de keuzes in de hoorzorg vergroten? Net zoals bij andere zorgvormen waarvoor wij de keuzemogelijkheden willen vergroten, ligt de keuze voor een hoortoestel natuurlijk primair bij de audicien, samen met de patiënt. In het systeem moet de audicien passende hoortoestellen uit het assortiment aanbieden aan de patiënt. Dat dit niet helemaal goed gaat, is evident. Daarom wijs ik de Kamer ook op de verbeterpunten uit de evaluatie, waarbij informatievoorziening expliciet als aandachtspunt wordt genoemd. Wij leggen dat neer bij de mensen die dat horen te doen en gaan ervan uit dat die informatievoorziening wordt verbeterd.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Ik heb mij daar een beetje in verdiept en heb idee dat sommige partijen nu in de loopgraven zitten. Dat is natuurlijk niet goed, want er komen steeds meer mensen die hoortoestellen nodig hebben. Als ze er onderling niet uitkomen, wie is dan degene die er uiteindelijk voor zorgt dat er wel actie wordt ondernomen?

Minister **Schippers**: Dat zal verschillen, omdat de informatievoorziening van audicien tot audicien zal verschillen. Als de informatievoorziening niet goed is, moet de Nederlandse Zorgautoriteit er toezicht op houden dat de verbeterpunten van de grond komen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA): Dus op het moment dat er geen verbeteringen plaatsvinden, moeten er meldingen bij de NZa komen om ervoor te zorgen dit daar meer op het netvlies komt te staan?

Minister **Schippers**: Ja, maar als er zo'n evaluatie komt, ga ik ervan uit dat de sector, de verzekeraars en de audiciens al die knelpunten zelf actief oppakken. Informatievoorziening is daar een van. Als dat niet het geval is, zou het heel erg zijn dat we daarop moeten kapittelen.

De **voorzitter**: Daarmee is een einde gekomen aan de beantwoording van de Minister in tweede termijn. Mevrouw Leijten heeft mij gevraagd om haar te excuseren voor haar vroegtijdig vertrek.
Ik loop met de leden de toezeggingen door. We hebben er een groot aantal genoteerd.

- De Minister onderzoekt of het mogelijk is om een verbinding te leggen tussen te stringent pakketbeheer en medisch evaluatieonderzoek. Terugkoppeling volgt voor de begroting.
- De Minister gaat met verzekeraars en ziekenhuizen bekijken waar de psychosociale behandeling al integraal onderdeel is van de behandeling en hoe dit de norm kan worden. Ook hiervan is er een terugkoppeling voor de begroting.
- Na de zomer komt er een reactie op het advies van de Gezondheidsraad over de totalbodyscan.
- Voor de begroting komt er een brief met de resultaten van het onderzoek naar de vraag hoe KOPP/KVO structureel gefinancierd kan worden via de psychosociale weg of op een andere wijze.
- Voor de zomer komt er een brief over de medicatiebeoordeling.
- De Kamer wordt geïnformeerd over het gesprek dat ZN, ACM en VWS voeren om ervoor te zorgen dat verzekeraars dezelfde zorg wel en niet vergoeden in het kader van maatwerk in stringent pakketbeheer.
- Voor de begroting komt er een reactie op het advies van Zorginstituut Nederland over de perverse prikkels onder andere bij etalagebenen.
- De brief over het eerstelijnsverblijf komt ook voor de begroting.
- De vergoeding ggz-zorg voor doven en slechthorenden wordt meegenomen in de veegbrief die nog voor de zomer komt.

Minister **Schippers**: Ik heb een opmerking over het een na laatste punt. Er werd gevraagd wat de omvang is van het budget. Toen heb ik gezegd: dat komt in de begroting.

De **voorzitter**: Waarvan akte.
Ik kijk in de richting van de leden en zie dat er geen behoefte is aan een VAO. Ik dank de Minister voor haar aanwezigheid en inbreng. Dat geldt uiteraard ook voor de ambtelijke ondersteuning. Ik dank ook de Kamerleden voor hun inbreng. Uiteraard dank ik iedereen op de publieke tribune en de mensen die het debat op een andere manier hebben gevolgd voor hun belangstelling.

Sluiting 16.41 uur.

Volledige agenda

1. Stand van zaken evaluatieonderzoek beleidswijziging hoortoestellen
Kamerstuk29 689, nr. 561 – Brief regering d.d. 16-12-2014
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

2. Reactie op het rapport «Implantaatgedragen prothesen» van het Zorginstituut Nederland
Kamerstuk32 805, nr. 34 – Brief regering d.d. 15-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I.

3. Rapport Zorginstituut Second opinion in de Zorgverzekeringswet
Kamerstuk29 689, nr. 565 – Brief regering d.d. 20-01-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

4. Aanbieding van de Monitor Fertiliteitshormonen
Kamerstuk29 248, nr. 281 – Brief regering d.d. 10-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

5. Voorwaardelijke Toelating van een bepaalde vorm van chemotherapie (HIPEC) bij colorectaal carcinoom
Kamerstuk32 620, nr. 150 – Brief regering d.d. 12-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I

6. Reactie op twee rapporten van het Zorginstituut Nederland over verslavingszorg en over de DSM-5
Kamerstuk24 077, nr. 344 – Brief regering d.d. 24-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

7. Aanbieding impactanalyse NZa inzake alternatief DSM-IV
Kamerstuk25 424, nr. 268 – Brief regering d.d. 24-03-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

8. Reactie op het advies van Zorginstituut Nederland inzake het «zittend ziekenvervoer»
Kamerstuk29 689, nr. 598 – Brief regering d.d. 10-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

9. Aanbieding voorlopige duiding van het eerstelijns verblijf van het Zorginstituut Nederland
Kamerstuk34 104, nr. 37 – Brief regering d.d. 14-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

10. Aanpak stringent pakketbeheer
Kamerstuk29 689, nr. 606 – Brief regering d.d. 17-04-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

11. Aanbieding rapport «Voorwaardelijke toelating tot het basispakket 2016» van het Zorginstituut Nederland
Kamerstuk32 620, nr. 154 – Brief regering d.d. 06-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I.

12. Aanbieding en reactie rapport Zorginstituut Nederland over kraamzorg
Kamerstuk32 279, nr. 68 – Brief regering d.d. 06-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

13. Foetale chirurgie bij spina bifida
Kamerstuk29 323, nr. 95 – Brief regering d.d. 07-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I.

14. Aanbieding van het rapport «Basispakket zorgverzekering; uitgavenbeheersing in de zorg deel 3»
Kamerstuk33 060, nr. 7 – Rapport/brief Algemene Rekenkamer d.d. 28-04-2015
president van de Algemene Rekenkamer, S.J.

15. Aanbieding rapport «Systematische analyse nieuwvormingen» van het Zorginstituut Nederland
Kamerstuk29 689, nr. 613 – Brief regering d.d. 26-05-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

16. Zvw-pakket per 2016
Kamerstuk29 689, nr. 615 – Brief regering d.d. 05-06-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

17. Ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2016
Kamerstuk29 689, nr. 614 – Brief regering d.d. 05-06-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers

18. Reactie op het rapport van de Algemene Rekenkamer «Basispakket zorgverzekering; uitgavenbeheersing in de zorg deel 3»
Kamerstuk29 689, nr. 619 – Brief regering d.d. 15-06-2015
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, E.I. Schippers